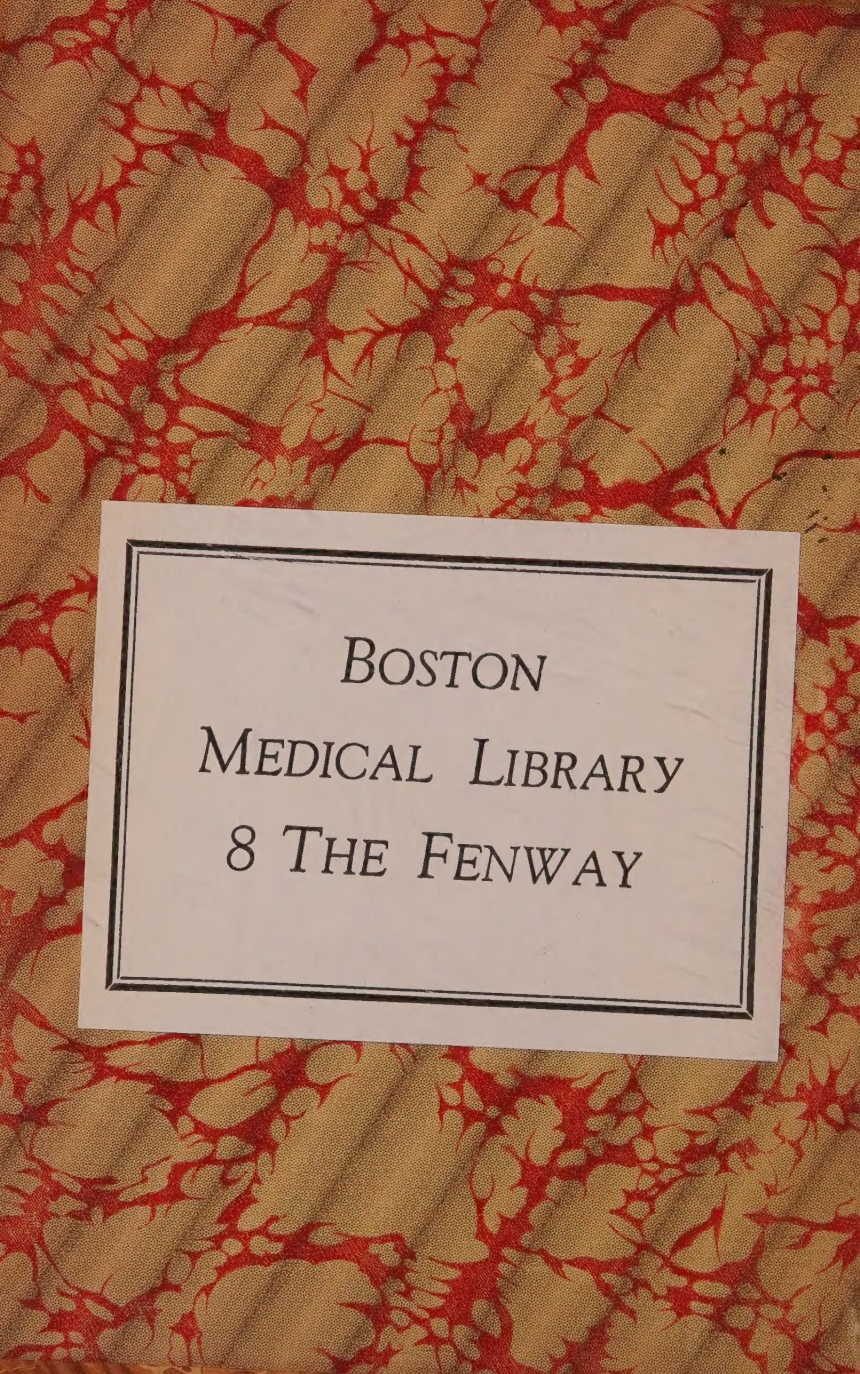


COUNTWAY LIBRARY



HC 4YRM U



The background of the image is a marbled book cover with a pattern of red, branching, vein-like shapes on a gold or tan background.

BOSTON
MEDICAL LIBRARY
8 THE FENWAY



LA
DERMATOLOGIE
EN CLIENTÈLE

« L'INDISPENSABLE EN DERMATOLOGIE »

Tous droits de reproduction, adaptation et traduction réservés
pour tous Pays y compris l'Autriche-Hongrie
la Suède et la Norvège
Copyright by A. Maloine et fils, 1919

COMMENT GUÉRIR?
BIBLIOTHÈQUE DES PRATICIENS
PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DU D^r CH. FIESSINGER

LA
DERMATOLOGIE
EN CLIENTÈLE

« L'INDISPENSABLE EN DERMATOLOGIE »

PAR

e
H. GOUGEROT

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

40 figures en couleurs et 171 en noir
en 77 planches hors texte

DEUXIÈME ÉDITION

A. MALOINE ET FILS, ÉDITEURS
27, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 27
===== PARIS — 1919 =====

COMMENT GUÉRIR ?
BIBLIOTHÈQUE DES PRATICIENS
PUBLIÉE SOUS LA DIRECTION DU D^r CH. FIESSINGER

27 A 333

VOLUMES PARUS

- H. HUCHARD et CH. FIESSINGER. — **La Thérapeutique en vingt Médicaments.** In-8° 1918, broché 5 fr.
- CH. FIESSINGER. — **Le Traitement des Maladies du Cœur et de l'Aorte en clientèle.** In-8°, 1917, broché 5 fr.
- CH. FIESSINGER. — **Vingt Régimes alimentaires en clientèle.** In-8°, 1917, broché 5 fr.
- CH. FIESSINGER. — **Le Traitement des Maladies des Reins en clientèle.** In-8°, 1919 5 fr.
- H. GOUGEROT. — **Le Traitement de la Syphilis en clientèle.** In 8° 1918, 25 figures en couleurs et 90 en noir en 54 planches hors texte, broché 18 fr.
- FIESSINGER NOEL. — **Les Examens biologiques en clientèle.** In-8°, 1918, avec 70 figures et planches en couleurs, broché 8 fr.
- LABORDERIE. — **L'Électricité Médicale en clientèle. L'indispensable en Electrothérapie.** In-8°, 1918, avec figures, broché 8 fr.
-

PRÉFACE DE LA PREMIÈRE ÉDITION

(JANVIER 1917)

Ce livre est le « pendant » du *Traitement de la syphilis en clientèle*, que vient de couronner l'Académie des Sciences. De même que ce dernier, il est la réunion de mes conférences à la Clinique de la Faculté de l'hôpital Saint-Louis; il est conçu dans le même esprit pratique, négligeant à dessein toutes les données théoriques, statistiques, anatomiques, qui n'ont pas une application pronostique et thérapeutique; il résume « l'indispensable en Dermatologie », indispensable de ce qu'un médecin doit savoir du diagnostic, du pronostic et du traitement des affections cutanées.

Les temps, en effet, ont changé; la médecine s'est enrichie d'acquisitions si nombreuses que la pratique de l'art médical réclame des connaissances de plus en plus étendues. Le praticien digne de ce nom, qui veut faire profiter ses malades de tous les progrès de la science médicale, doit savoir tant de choses en médecine et en chirurgie

générales, en obstétrique et en chacune des spécialités, qu'il n'a plus le temps de se complaire à l'étude des gros livres riches en développements théoriques. On exige de lui qu'il soit universel; il faut donc lui faciliter cette tâche écrasante de « savoir tout ce qu'il est indispensable de ne pas ignorer pour ne pas nuire à ses malades ». C'est ce but que s'est proposé, en syphiligraphie, notre livre le *Traitement de la syphilis en clientèle*. C'est le même but que se propose, en dermatologie, le livre actuel.

La dermatologie passe pour une science très imparfaite, plus riche en inconnues que les autres branches de la médecine. En effet, si l'on excepte les infections, la syphilis, la tuberculose, les mycoses, les intoxications, les actions physiques..., que d'affections cutanées restent d'étiologie inconnue, ou très hypothétique! que d'affirmations et de discussions sans preuves! Nombre de dermatoses n'ont encore qu'un traitement symptomatique, c'est-à-dire imparfait. Si, à ces inconnues, on ajoute la fausse science de certains spécialistes cachant d'un mot grec ou latin ce que le malade dit en français, les complications d'une synonymie embarrassante créée plus par l'orgueil de donner un nom nouveau que par nécessité, les détails inutiles et les hypothèses contradictoires des théo-

riciens, on comprend l'espèce de discrédit qui accable la dermatologie aux yeux de nombreux médecins, et l'on excuse le médecin accaparé par sa clientèle d'être rebuté par tant de difficultés.

Il faut pourtant que le praticien sache « l'indispensable en dermatologie ». Il est fort important de savoir *la thérapeutique nécessaire* : diagnostiquer et traiter un lupus qui ronge et qui produit des destructions irréparables; une teigne, qui va infecter toute une école; une épidermite trichophytique qui s'éternise; une sporotrichose qui, méconnue, confondue avec une tuberculose, a pu amener à des amputations; une dermo-épidermite microbienne, qui s'éternise tant que l'on croit avoir affaire à un eczéma ou à une dermite médicamenteuse et qui guérit rapidement dès qu'on lui applique un traitement antiseptique; une gale que l'on croit un prurit banal; un lichen plan buccal que l'on confond avec la syphilis; un cancer que l'on laisse pulluler; un eczéma qui envahit; une hydatide qui se cache derrière une urticaire, etc.; parfois même, par exemple pour le charbon, la thérapeutique doit être une véritable *thérapeutique d'urgence*.

Il faut encore que le médecin se persuade que si l'on applique à la dermatologie les mêmes règles qu'en médecine générale, si l'on distingue le connu

de l'inconnu sans vouloir tout savoir, si l'on avoue franchement son ignorance, la pratique dermatologique paraîtra aussi simple, aussi claire, aussi rationnelle, aussi efficace que la thérapeutique des autres spécialités.

Ce livre est divisé en deux parties.

La première partie est une vue d'ensemble. J'ai voulu, tout d'abord dans le chapitre premier, éclairer le chemin que nous allons parcourir, classer les problèmes de pratique que nous aurons à envisager, en séparant le connu de l'inconnu. — Le chapitre II rappelle les notions générales indispensables par leurs applications pratiques. — Le chapitre III résume les méthodes de diagnostic et détaille la marche rationnelle de ce diagnostic qui comprend : d'abord une analyse des lésions élémentaires (v. p. 29), puis la synthèse de ces données analytiques, enfin la discussion de ce diagnostic ; pour ce, j'ai groupé, sous forme de tableaux, dans une espèce de « flore dermatologique », les diagnostics les plus usuels (p. 35) et j'ai insisté sur les erreurs graves de diagnostic (p. 64). — Le chapitre IV montre quels sont les éléments pronostiques des dermatoses. — Le chapitre V résume les règles générales de traitement et leurs modes d'application : traitement interne et externe, hygiène cutanée à la convalescence et après la guérison

(p. 74). — Enfin le chapitre vi étudie les médications dermatologiques externes, et la manière de les formuler (p. 110). Un médicament dermatologique comprend le plus souvent un excipient (vaseline, par exemple) et un corps actif (calomel, par exemple); je passe en revue chacun des excipients, je montre pourquoi il faut choisir tel excipient plutôt que tel autre, comment il faut le formuler et l'appliquer; puis, j'ai dressé le tableau formulaire des corps actifs que l'on incorpore à ces excipients (p. 136) avec leurs doses habituelles, leurs solubilités, leurs indications, leurs incompatibilités. Je crois avoir prouvé par ces quelques pages que la thérapeutique cutanée est aussi rationnelle et aussi simple à formuler que n'importe quelle autre thérapeutique générale ou spécialisée.

Dans la deuxième partie de ce livre, nous nous sommes mis devant les grands problèmes de pratique, groupant tout autour de la dominante thérapeutique : — un malade est atteint, par exemple, d'une dermatose irritable, telle que l'eczéma, apprenons à la reconnaître, à étudier toutes les données qui vont dicter le pronostic et le traitement (chap. I, p. 151); car c'est la notion symptomatique d'irritabilité de la peau qui domine tout chez ce sujet... — Un malade se plaint de démangeaisons : on doit tenter un diagnostic sympto-

matique et surtout étiologique capable d'orienter une thérapeutique étiologique; à défaut de renseignements étiologiques, on appliquera les médications antiprurigineuses locales, car la notion de prurit domine le problème... — Un malade est suspect de tuberculose cutanée : comment reconnâitrons-nous la tuberculose sous les formes diverses dont elle peut se manifester à la peau? Comment lui adapterons-nous la thérapeutique générale anti-tuberculeuse? Quelle thérapeutique spéciale appliquerons-nous à chaque variété (chap. xiv, p. 495)? Car c'est la notion d'étiologie qui domine tout chez cet autre malade..., etc. Et ainsi nous épuiserons toutes les questions de pratique, nous étendant sur les cas les plus fréquents, mais n'oubliant aucun des cas rares, lorsque pour eux se posent des questions de diagnostic, de pronostic ou de thérapeutique importantes.

H. GOUGEROT.

(Ces conférences, faites à la Clinique de la Faculté de l'hôpital Saint-Louis pendant les années 1910-1914, étaient complètement rédigées et remises à l'imprimeur quand la Grande Guerre a été déclarée. Les épreuves ont été corrigées pendant les longues veillées de mon séjour aux armées. La guerre seule a donc retardé la publication de ce livre.)

PRÉFACE DE LA DEUXIÈME ÉDITION

La première édition de ce livre — résumé de mes conférences à la Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis — parue en février 1917, a été épuisée en quelques mois malgré la guerre.

Cette deuxième édition a été augmentée des quelques acquisitions pratiques faites pendant ces derniers mois, — bains au permanganate de potasse dans les infections (p. 87, etc.); — huile soufrée dans le psoriasis (p. 222); — peptone dans la prévention de l'urticaire (p. 306); — traitements sanglants des prurits anaux (p. 314); — pâtes et crèmes d'Alibour dans les pyodermites, etc. (p. 389 et 393); — étain dans les staphylococcies (p. 410); — frotte sulfureuse dans la gale (p. 438); — pansements à l'alcool dans l'érysipèle (p. 462); — émétique dans les Leishmanioses (p. 506 et 539); — cyanure double de potassium et de cuivre dans la tuberculose (p. 533), dans la lèpre (p. 580); — mélanges paraffinés dans les froidures (p. 674) et les brûlures (p. 678), etc.

J'ai surtout ajouté trois chapitres nouveaux de Dermatologie de guerre¹, mais dont l'utilité se retrouvera incontestable en temps de paix, notamment à propos des complications des accidents du travail : — Chapitre XXIV : Dermoépidermites microbiennes streptococciques, staphylococciques, etc., sujet d'importance pratique capitale, p. 755; — Chapitre XXV : Complications cutanées des plaies

de guerre, p. 799; — Chapitre XXVI : Dermatoses simulées et exagérées, p. 820.

C'est donc le même livre, conçu dans le même esprit pratique de ne retenir que l'indispensable, dans la même pensée de différencier le connu de l'inconnu, de faire ressortir une compréhension plus large des dermatoses, rattachant les unes aux infections, les autres, non infectieuses, aux lois de la pathologie générale (Réactions de défense, etc.)... C'est ce souci pratique de simplifier, de « supprimer tout ce qui n'était pas indispensable » qui m'a fait supprimer dans ce petit livre les historiques et les citations d'auteurs. Je serais profondément peiné que cette intention didactique puisse être interprétée par ceux dont j'admire les travaux comme une méconnaissance systématique de leur œuvre. On m'a fait remarquer que cette absence d'historique risquait encore de faire méconnaître la grande part prise par la science française au développement de la Dermatologie. Pour ces raisons, j'avais voulu dans cette deuxième édition faire de courtes notes historiques; j'ai dû y renoncer, car, pour être juste, un historique ne peut être une simple énumération, il doit marquer la part de chacun; or, ce travail dépassait les limites de ce livre qui n'est pas, je le répète, un traité de Dermatologie, mais l'« indispensable en Dermatologie ». Le lecteur trouvera dans les traités de Brocq, Darier, Sabouraud, etc., toutes les indications historiques et bibliographiques nécessaires, en même temps que les résumés des travaux de ces auteurs et de ceux qui ont le plus contribué au développement de la Dermatologie.

Le succès de cette première édition m'a récompensé de mes efforts. Puisse ce petit livre continuer à être le guide du Praticien devant les difficultés de chaque jour.

GOUGEROT.

Janvier 1919.

LA DERMATOLOGIE

EN CLIENTÈLE

PREMIÈRE PARTIE

VUE D'ENSEMBLE

- I. — Classification des faits. Les problèmes de pratique : nécessité de séparer le connu et l'inconnu (p. 3).
- II. — Principes généraux comportant des applications pratiques (p. 20).
- III. — Méthodes d'examen des malades dermatologiques (p. 27). — Analyse des lésions : les lésions élémentaires (p. 29). — Synthèse des données (p. 34). — Discussion du diagnostic : tableaux diagnostiques (flore dermatologique, p. 34); les erreurs graves de diagnostic (p. 64).
- IV. — Éléments de pronostic (p. 71).
- V. — Règles générales de traitement (p. 74) : traitement général (p. 75); traitement externe (p. 79); hygiène cutanée générale et locale à la convalescence et après guérison (p. 104).
- VI. — Manière de formuler les médicaments dermatologiques externes (p. 110) : les excipients et les corps actifs (p. 113); tableaux formulaires des corps actifs (p. 136).

CHAPITRE PREMIER

CLASSEMENT DES FAITS

LES PROBLÈMES DE PRATIQUE

LE CONNU ET L'INCONNU

I. DERMATOSES DUES A DES CAUSES CONNUES : — 1^{er} groupe : **Dermatoses parasitaires**, p. 4.

— A. *Dermatoses dues à des bactéries connues ou inconnues* : 1° Infections générales et fièvres éruptives; 2° Infections localisées dues aux bactéries pyogènes; 3° Tuberculose; 4° Lèpre; 5° Charbon; 6° Morve; 7° Rhinosclérome, etc., p. 4.

— B. *Dermatoses dues à des champignons* : 1° Mycoses superficielles : Teignes, etc.; 2° Mycoses profondes. Sporotrichoses, actinomycoses, etc., p. 6.

— C. *Dermatoses dues à des acariens et insectes piqueurs* : gales, pédiculoses, p. 7.

— D. *Dermatoses dues à des protozoaires* (Syphilis, Bouton d'Orient, etc.) ou à des spirilles (associations fuso-spirillaires de Vincent), p. 7.

— E. *Dermatoses dues à des parasites animaux* : filaires, etc., p. 8.

— F. *Dermatose d'étiologie parasitaire encore discutée* : infections sur terrain séborrhéique, pemphigus, zona, pityriasis rosé de Gibert, etc., p. 8.

2^e groupe : **Dermatoses toxiques** : Intoxications alimentaires, médicamenteuses, auto-intoxications, p. 10.

3^e groupe : **Dermatoses dues à des irritations externes** : Irritants physiques, atmosphériques, chimiques, mécaniques, p. 11.

II. DERMATOSES DE CAUSES PLUS OU MOINS CERTAINES MAIS COMPLEXES.

Dermatoses par dépôt : pigmentation, xanthomes, etc. — *Dermatoses neurotrophiques* : glossy-skin, etc. — *Dermatoses par*

oblitération vasculaire : gangrènes. — *Dystrophies congénitales* : Nævi, ichthyose, kératoses pilaires, ou *acquises*, callosités, etc. (p. 13).

III. SYNDROMES DUS A UNE MANIÈRE D'ÊTRE DU TÉGUMENT ou Réactions cutanées : eczéma, prurit, urticaire, etc. (p. 15).

IV. LÉSIONS RELEVANT DE CAUSES DIVERSES : Éléphantiasis, ulcères de jambe, gommès, intertrigo, érythèmes polymorphes (p. 16).

V. L'INCONNU : Cancers, psoriasis, lichen, etc. (p. 17).

Les affections cutanées sont si nombreuses et si complexes, leur classification a été rendue à plaisir si confuse qu'il nous faut très rapidement faire l'inventaire des dermatoses afin de connaître les plus importantes en pratique et de grouper les questions autour de leur dominante thérapeutique. Ce premier chapitre est donc une sorte de guide pour un voyageur non prévenu parcourant le pays inconnu de la dermatologie.

*
* *

I. Tout d'abord il nous faut classer les DERMATOSES DUES A DES CAUSES BIEN DÉTERMINÉES :

1^{er} GROUPE : DERMATOSES PARASITAIRES.

A. Dermatoses dues à des bactéries connues ou inconnues :

1^o *Infections générales* avec manifestations cutanées très diverses : érythème, vésicules, pustules, œdèmes phlegmoneux, abcès, que peuvent provoquer toutes les bactéries : streptocoques, etc., et les microbes inconnus des fièvres éruptives : rougeole, variole, scarlatine, fièvre aphteuse, sans compter l'érysipèle streptococcique.

Le problème pratique est dominé par la notion prophylactique de contagiosité et par la notion de thérapeutique anti-infectieuse. Il faut prendre d'urgence les précautions d'isolement et de désinfection pour éviter la contagion : il

faut, en attendant une sérothérapie encore à venir, lutter contre ces infections générales par une thérapeutique générale symptomatique dite anti-infectieuse (chap. X, p. 450).

2° *Infections localisées dues aux bactéries pyogènes*, qui peuvent revêtir les aspects les plus variés depuis la simple dartre sèche du visage jusqu'à la gangrène, en passant par l'intertrigo suintant rétro-auriculaire (soi-disant eczéma séborrhéique).

Ces infections plus ou moins localisées, au moins en apparence, peuvent être dues à de nombreux microbes : — streptocoques et cocci pyogènes, déterminant l'érysipèle, lymphangite, éléphantiasis nostras, gangrènes, etc., les impetigos, dartres et pityriasis, les ecthymas, etc. ; — staphylocoques et cocci pyogènes déterminant des folliculites, acnés, sycosis, furoncle, anthrax, abcès, etc.

Le problème est dominé dans la plupart des cas par la notion d'infection locale, nécessitant avant tout un traitement antiseptique local (chap. VII, p. 384).

3° *Tuberculose*, due au bacille de Koch, dont les localisations cutanées apparaissent de plus en plus nombreuses. Le problème est dominé par cette notion de tuberculose tant au point de vue prophylactique que pronostique et thérapeutique (chap. XIV, p. 495).

4° *Lèpre*, due au bacille de Hansen, qui recommence à nous envahir et pose des problèmes prophylactiques et thérapeutiques très particuliers (chap. XV, p. 570).

5° *Charbon*, dû à la bactériémie de Davaine, qui nécessite une thérapeutique d'urgence (chap. XI, p. 483).

6° *Morve* due au bacille de Nocard-Bouchard, infection terrible, tantôt aiguë, ne pardonnant pas, tantôt chronique, réclamant un traitement impitoyable si l'on veut sauver le malade (chap. XII, p. 486).

7° *Rhinosclérome*, dû au bacille de Frisch, rare, mais grave si on le méconnaît et si on ne lui applique pas un traitement précoce énergique (chap. XVI, p. 583).

Il faut encore ajouter : — la *diphthérie pseudomembraneuse* due au bacille de Loeffler, très rare à la peau ; — la *chancrelle* due au bacille de Ducrey, exceptionnelle en dehors du chancre mou des organes génitaux (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 229)¹ ; — les éruptions kératosiques si spéciales dues au *gonocoque* (p. 383 et fig. 52), etc.

B. Dermatoses dues aux champignons. — Les champignons peuvent créer toutes les dermatoses possibles depuis la simple épidermite jusqu'à la gomme sous-cutanée, en passant par le **verrucome**.

Les champignons pathogènes sont innombrables et nos études ont montré que le nombre des mycoses s'accroissait sans cesse.

En pratique, il faut distinguer deux groupes :

L'un comprend les **teignes** : mycoses restant superficielles épidermiques et dermiques, très variables d'aspect, mais décelées par le même procédé : examen microscopique après éclaircissement à la potasse, et justifiables d'une même thérapeutique : radiothérapie au cuir chevelu, iodage partout ailleurs. Ce sont les Microspories, Trichophyties, Favus dû aux Achorion, Érythrasma dû au Microsporum minutissimum, Intertrigo dû à l'Épidermophyton inguinale, Pityriasis versicolor dû au Microsporon furfur, Pièdras dus aux Trichosporon, Caratés et Tokelau dus à des Aspergillus ou parasites voisins, etc. Le problème pratique est dominé par cette notion d'épidermite mycosique, et peu importe la variété décelée à l'examen par la potasse : le traitement est le même (chap. XVIII, p. 617).

L'autre groupe comprend les **mycoses profondes** : les **actinomycoses** et surtout les **sporotrichoses** en sont les types les plus fréquents : Actinomycoses et Nocardoses dues à des

1. Tous les renvois à notre livre *Traitement de la Syphilis*, indiquent la pagination de la 2^e édition.

Nocardia; Sporotrichoses dues aux Sporotrichum; Exas-coses et Blastomycoses dues à des levures; Hémisporose, Mycodermoses, Cladioses, etc.¹. Les méthodes de dia-gnostic sont de même ordre et la thérapeutique est la même pour la plupart : administration d'iodure de potas-sium à l'intérieur. Lorsque l'iodure reste insuffisant, la thérapeutique est à graduer progressivement mais reste encore identique, sauf pour la vaccinothérapie, quelle que soit la mycose; tout le problème pratique est donc dominé par la notion de mycose (chap. XVII, p. 585).

C. Dermatoses dues à des acariens et insectes piqueurs : acarès des gales; poux de tête, de corps, du pubis; mous-tiques; puces et punaises; abeilles et guêpes, chenilles processionnaires, etc. Ces animaux provoquent des der-matoses prurigineuses très fréquentes dont le diagnostic, facile à condition d'y penser, est capital si l'on veut ap-pliquer une thérapeutique efficace; car, méconnus, ces prurits s'éternisent et se propagent. Le problème pratique est donc dominé par cette notion d'un parasitisme spécial réclamant des traitements spéciaux (chap. IX, p. 426).

D. Dermatoses dues à des protozoaires et spirilles. — *Syphilis*, due au tréponème pâle de Schaudinn, dont les manifestations symptomatiques sont si fréquentes et si polymorphes, dont le diagnostic est si important en pra-tique que l'on doit penser à cette infection devant toute dermatose (voir notre livre *Traitement de la syphilis*).

— *Spirilloses* et *Associations fusospirillaires* de Vincent dont les manifestations sont variées : angines ulcéreuses, membraneuses, gangreneuses...; balanoposthites érosives-circinées, membraneuses...; ulcus tropical; gangrène et

1. Certaines dermatoses dites Botryomycoses appartiennent peut-être aux mycoses, mais la plupart, sinon toutes, sont des bourgeons charnus dus à des microbes pyogènes, surtout des staphylocoques, qui prennent un aspect spécial dans ces lésions.

pourriture d'hôpital ..; abcès, etc. Leurs manifestations intéressent les unes la vénéréologie (voir *Traitement de la syphilis en clientèle* et *Vénérologie en clientèle*), les autres sont à envisager à propos du diagnostic des ulcérations et des gangrènes.

— *Leishmanioses*¹, dont les plus fréquentes sont la leishmaniose cutanéomuqueuse, sudaméricaine, ulcéreuse et végétante (parfois non ulcéreuse, verruqueuse, papillomateuse) due à la variété *américaine* de la *Leishmania tropica* (Laveran) et surtout le bouton d'Orient ou clou de Biskra, due à la *Leishmania tropica* ou *furonculosa* (Wright), dont le diagnostic peut se poser à l'occasion de la tuberculose (v. p. 55, 56, 506 et fig. 104, p. 539).

— *Pian* ou Yaws ou Frambœsia, dermatose exotique généralisée végétante due à un germe proche de celui de la syphilis : le *Treponema pallidum* de Castellani (voir les *Traité*s de pathologie tropicale).

— *Paludisme* dû à l'hématozoaire de Laveran.

— *Trypanosomias*es dues surtout au *Trypanosoma gambiense*.

La notion de protozooses domine la thérapeutique : les injections intraveineuses arsenicales et surtout d'émétique (v. p. 506 et 539, note 1), la poudre de 606 ou 1416 à l'extérieur dans les enduits fusospirillaires, les injections interstitielles de 914 dans le clou de Biskra amènent souvent une guérison plus rapide que les anciens traitements : permanganate de potasse, bleu de méthylène, iode, argyrol, etc.

E. *Dermatoses dues à des parasites animaux* : *filaria sanguinis hominis* qui provoque l'éléphantiasis (v. p. 57); filaire de Médine ou dragoneau, etc.; cysticerques de la peau et de l'hypoderme qui simulent des gommages (v. p. 51); ankylostomiasés; *craw-craw*, etc.

F. *Dermatoses d'étiologie parasitaire encore discutée* : La *seborrhée* serait due, d'après Sabouraud, au microba-

1. LAVERAN, *Leishmanioses*, Paris, Masson, 1917.

cille séborrhéique. Si, d'après d'autres auteurs, la séborrhée n'est qu'un trouble d'hypersécrétion des glandes sébacées, due à des troubles généraux, sans infection microbienne, il faut néanmoins reconnaître que bientôt le flux séborrhéique s'infecte par le microbacille de la séborrhée donnant les cocons séborrhéiques et que sur ce terrain pullulent avec prédilection d'autres germes : streptocoques (*impetigo* sec), staphylocoques (acnés, v. p. 352), etc., et des germes plus spéciaux : bacille bouteille de Malassez qui provoque le *pityriasis* capitis et son alopecie secondaire, etc. Il en résulte tout un groupe de dermatoses dont la thérapeutique est dominée par cette notion de terrain séborrhéique et d'infection surajoutée (chap. VI, p. 327 et 347).

Les *pemphigus* aigus fébriles sont incontestablement d'origine infectieuse ; plusieurs sont streptococciques. Certains pemphigus chroniques, surtout le *pemphigus végétant*, semblent d'origine microbienne, mais leurs germes sont inconnus. Le zona ou fièvre zoster, qui donne l'immunité et que l'on doit distinguer des éruptions zostériformes (Landouzy), est manifestement d'origine microbienne, mais le parasite reste ignoré. Toutes ces dermatoses étant bulleuses et souvent difficiles à distinguer des autres dermatoses bulleuses dont l'étiologie est inconnue, toutes ne comportant qu'un traitement symptomatique, on est, en pratique, obligé de confondre les dermatoses bulleuses, microbiennes et non microbiennes, dans une même étude diagnostique et thérapeutique (chap. III, p. 246).

Le *pityriasis rosé de Gibert* est certainement d'origine parasitaire, dû à un champignon d'après Dubois, mais cette infection est si bénigne que son traitement est celui des dermatoses irritables (chap. I, p. 206).

Le *molluscum contagiosum* (v. p. 734), les verrues (v. p. 709), les papillomes génitaux (« crêtes de coq ») dont l'inoculabilité n'est pas contestée, sont encore dues à des germes inconnus. Accidents bénins, plus inesthétiques que dan-

gereux, ces infections sont étudiées aux dermatoses inesthétiques et sont à traiter par la destruction (chap. XXIII, p. 698).

Enfin, certains *lymphadénomes* (p. 659) et *sarcomatoses cutanés* (p. 656), les *mycosis fongoides* (p. 661) semblent être d'origine infectieuse, bien que le fait soit encore discuté. Ce seraient des cancers infectieux; mais, en l'absence de traitement étiologique, leur malignité domine le problème pratique. C'est donc au chapitre des cancers que nous les rattachons et ce sont les traitements des cancers qu'il faut leur appliquer (chap. XIX, p. 651).

2^e GROUPE : DERMATOSES TOXIQUES. Éruptions « pathogénétiques » des anciens, dues à l'élimination cutanée des substances toxiques.

1^o Intoxications alimentaires dues tantôt à des aliments altérés : conserves de viande, gibier; tantôt à des aliments non altérés mais chez des individus prédisposés par idiosyncrasie ou par anaphylaxie : poissons, œufs, fraises, etc.

2^o Intoxications médicamenteuses : bromure et iodure de potassium, antipyrine, mercure, arsenic, etc., ces dermatoses n'apparaissent que chez des prédisposés (idiosyncrasie) ou chez des sujets porteurs de lésions viscérales : hépatiques, rénales, etc.

3^o Auto-intoxications : biliaire, gastro-intestinale, diabétique, urémique, etc., et surtout l'auto-intoxication dite *arthritique* résultant d'un trouble de nutrition de tous les tissus sans lésions viscérales prédominantes : les tissus au lieu de former des déchets non toxiques (urée, etc.) excrètent des substances toxiques (matières extractives, etc.).

Ces éruptions toxiques sont parfois spécifiques du toxique qui les a provoquées : les antipyrines par exemple ont un aspect très spécial (v. p. 687); le plus souvent, elles ne sont pas déterminées par la nature du toxique, mais par le terrain : un individu à peau poreuse fragile, un prédis-

posé à l'eczéma, en un mot, fera de l'eczéma; un nerveux, prédisposé aux fluxions, fera de l'urticaire; un autre, neuroarthritique, aura du prurit, etc.

Le problème pratique comprend donc deux parties : — 1° Il est dominé par la notion étiologique qui comporte la recherche des causes toxiques et leur traitement, d'où notre chapitre des Dermatoses de causes toxiques (chap. XXI, p. 684). — 2° Il est dominé encore par la forme que revêt l'éruption cutanée : eczéma, urticaire, prurit, d'où la nécessité d'étudier le diagnostic et le traitement de ces réactions : ceux de l'eczéma, aux dermatoses irritables dont l'eczéma est le type (chap. I, p. 151); ceux de l'urticaire et des prurits, aux dermatoses prurigineuses (chap. IV, p. 277).

3° GROUPE : DERMATOSES DUES A DES IRRITATIONS EXTERNES, c'est-à-dire agissant de dehors en dedans (chap. XX, p. 667, éruptions artificielles) :

1° **Irritants physiques** : brûlure (chaleur), gelures et froidures, lumière électrique, rayons X et surtout les irritants atmosphériques : vent, soleil, etc.

Le plus souvent, les lésions ne sont pas spécifiques : elles consistent en rougeurs érythémateuses, bulles, etc. Mais parfois elles ont un aspect spécial, suivant la cause qui les produit : les radiodermites ont un aspect particulier (v. p. 681); seules quelques affections, dues précisément à l'irritation du tégument par les rayons solaires, qui contiennent des rayons X, leur ressemblent : épithéliomatose sénile, épithéliomatose des gens de mer, etc., et même le xéroderma-pigmentosum, chez lequel s'ajoute une prédisposition native. Parfois encore le terrain imprime à la réaction cutanée une forme spéciale : certains individus, sous l'influence de la lumière solaire, auront de l'*hydroa vacciniforme* (v. p. 679, note 1), d'autres de la *dyshidrose* (v. p. 156). Les scrofulo-lymphatiques auront plus que d'autres des *engelures* sous l'influence du froid, etc.

2° Irritants chimiques, très nombreux :

— *Irritants chimiques médicamenteux* : eau sédative appliquée à propos d'un mal de tête et provoquant un érythème pris pour un érysipèle de la face; huile de cade donnant de l'acné, etc.

— *Irritants professionnels* innombrables : eczéma des cimentiers, des blanchisseurs, etc., « gale » des épiciers; acné des tourneurs en métaux, acné des ouvriers fabriquant le chlore, cancer des ramoneurs, etc.

— *Teintures* : teinture des vêtements, des chaussures noires et surtout teinture de cheveux provoquant un érythème et œdème avec ou sans eczéma du cuir chevelu et de la figure (v. p. 672), etc.

— *Irritants végétaux* : ortie, primevères.

— *Irritants animaux* : insectes, poux, puces, punaises, moustiques, etc.; acariens : gale, etc.

— *Sucre* des diabétiques favorisant, avec l'aide des infections microbiennes ou des réactions diathésiques (eczéma, prurit), l'éclosion de ces dermatoses, différentes les unes des autres, appelées *diabétides*.

— *Irritation par mauvaise hygiène* : poussière et crasse (éruptions des charbonniers), ou, au contraire, savonnages répétés, excessifs, fendillant la peau, faisant naître l'eczéma chez un prédisposé.

Malgré la simplicité apparente de l'étiologie, le mécanisme est complexe, l'action de la cause externe ne suffirait pas. Le rôle du terrain est capital : un ouvrier qui depuis des années manie le ciment n'a eu que tardivement de l'eczéma, et son camarade de chantier n'en a pas, il faut donc une prédisposition interne. pour que la cause externe provoque l'éruption. Tout individu qui se teint les cheveux, toute personne piquée par une puce n'aura pas de lésion cutanée : ne réagiront que ceux qui sont prédisposés. Souvent, les causes externes minimales mettent en évidence les tares internes et font « exploser » un eczéma,

un urticaire, un prurigo. Le problème pratique comprend donc trois parties : supprimer la cause, traiter l'éruption par les médications symptomatiques, corriger le terrain.

3° **Irritants traumatiques et mécaniques** : Alopecie occipitale du nourrisson par frottement sur l'oreiller; ulcérations dentaires; intertrigo inguinal, etc., par frottement des parois des plis articulaires. Mais dans ces deux exemples, il importe de souligner que le trauma qui ulcère la langue en la mordant, que le frottement qui irrite les faces cutanées du pli inguino-crural par exemple, seraient insuffisants à provoquer une lésion, ou ces lésions guériraient très rapidement si le trauma était seul en cause. Si la lésion dure, c'est qu'il s'est ajouté à la cause mécanique une infection par les microbes de la bouche, notamment l'association fuso-spirillaire de Vincent, pour créer l'ulcération dentaire: une infection par les streptocoques et même les gonocoques, pour provoquer l'intertrigo; d'où cette notion pratique, non seulement d'éviter ces causes mécaniques, mais encore d'appliquer un traitement antimicrobien (v. Intertrigo, p. 400).

*
* * *

II. Ensuite on peut classer diverses dermatoses dont les CAUSES sont connues, mais COMPLEXES, soit en elles-mêmes, soit par les causes dont elles relèvent.

— **Dermatoses par dépôt** : — *pigmentations* dont les causes sont innombrables, depuis le simple coup de soleil jusqu'à l'insuffisance surrénale et dont le mécanisme reste obscur; — *tophi des goutteux* par dépôt d'acide urique dont le cycle et la précipitation sont de pathogénie encore si discutée; — *xanthomes par dépôt de cholestérine*, dont la formation et les relations avec les affections hépatiques ne commencent

à s'éclairer que depuis les recherches de Chauffard, Laroche et Grigaut.

Le problème pratique est dominé : 1° par la notion de cause diathésique à combattre par un traitement général; 2° par la notion d'aspect inesthétique que l'on corrigera par un traitement local (v. p. 740).

— **Dermatoses neurotrophiques** : Glossy-skin, éruptions zostérisiformes des névrites, main succulente des syringomyéliques, etc. Ces troubles ont une origine nerveuse certaine, mais leur mécanisme reste fort obscur, ce qui rend si difficile leur traitement. Toutefois, il faut bien se garder de dire d'origine nerveuse toutes les dermatoses dont l'étiologie reste inconnue, c'est une tendance trop facile pour voiler son ignorance : il est possible que les sclérodermies, les atrophies, les lichens, soient d'origine nerveuse, mais nous n'en savons rien. Il faut encore éviter de rapporter systématiquement à un trouble trophique toute lésion cutanée survenant chez un malade atteint d'affection nerveuse, même quand cette lésion cutanée siège dans le territoire qu'affecte le trouble nerveux : l'erreur a une importance non seulement théorique, mais pratique. C'est ainsi que Pierre Marie a montré que les escharres de décubitus et nombre d'ulcérations trophiques n'étaient que des ulcérations par infection grabataire; c'est ainsi que j'ai montré que les ulcérations des lépreux relevaient presque toujours de causes secondaires... d'où une conséquence pratique importante : il est possible d'éviter ces lésions graves par des soins de propreté et quelques précautions.

— **Dermatoses par oblitérations vasculaires** : Œdème par stase veineuse; gangrène par oblitération artérielle, il s'y joint toujours, en pratique, de l'infection microbienne, etc. Il faut ajouter la *maladie de Raynaud* ou *gangrène symétrique des extrémités* qui nous semble résulter d'oblitérations spasmodiques, donc transitoires ou de thromboses permanentes des artérioles terminales (et non des artères

importantes), mais quelle est la cause de ces troubles artériels? Souvent la syphilis; mais il est d'autres causes que nous ignorons.

Babinski a démontré que les trop fameuses dermatoses hystériques n'étaient que des simulations (v. p. 251, 421, et chap. XXVI, p. 820 et fig. 53 et 201 à 209).

— **Dystrophies congénitales** : Nævi (v. p. 780), ichthyose (v. p. 701), kératoses pilaires (v. p. 703), dystrophies dont beaucoup relèvent de la syphilis et **Dystrophies acquises** : callosités et cor (v. p. 707), milium (v. p. 734), etc. La thérapeutique est uniquement locale (chap. XXIII, p. 698).

* * *

III. Enfin, il nous faut envisager des MANIÈRES D'ÊTRE DU TÉGUMENT dues à un TERRAIN cutané spécial, acquis ou hérité, des PRÉDISPOSITIONS CUTANÉES à réagir d'une certaine façon à des causes diverses, d'où l'expression abrégée de « réaction cutanée », donnée à ces SYNDROMES : *eczéma* (v. p. 152); *prurit* (v. p. 289); *prurigo* (v. p. 287); *urticaire* (v. p. 285); *lichénisation* (v. p. 291); *séborrhée* (v. p. 327); *purpura* (v. p. 38); il faut y joindre sans doute l'*herpès* (v. p. 268).

Le mécanisme de ces réactions s'éclaircit peu à peu : l'eczéma est une réaction de défense d'une peau fragile, poreuse, qui se laisse traverser (v. p. 163); l'urticaire est une réaction de défense d'une peau non poreuse chez un sujet à œdème facile, à tempérament fluxionnaire et relève d'une réaction d'ordre anaphylactique d'une crise « hémoclasique » (Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain, v. p. 306); le prurit est une intoxication des nerfs cutanés. La papule de prurigo est une réaction de défense autour d'une terminaison nerveuse; la séborrhée est un trouble

d'hypersécrétion glandulaire sébacée, relevant de causes multiples et constituant un terrain sur lequel vont pululer les infections secondaires (v. p. 331 et 347); le purpura résulte de la rupture des capillaires fragilisés, etc. L'herpès est le plus souvent une pneumococcie sur un terrain spécial, comme l'a montré Weill (de Lyon), mais tout est incertitude dans le « terrain herpétique ».

Ces dermatoses n'étant que des modes de réactions cutanées, il faut par conséquent ne jamais se contenter du seul substantif, eczéma par exemple, mais rechercher les causes et le mécanisme, et spécifier par un ou plusieurs adjectifs la nature de la réaction cutanée (v. p. 162).

Le problème pratique est donc dominé : 1° par la notion étiologique et pathogénique de terrain (traitement général et étiologique); 2° par la forme de la réaction cutanée : eczémateuse, urticarienne, etc., que l'on traitera par des moyens locaux appropriés à chacune de ces réactions.

*
* *

IV. Il faut encore s'entendre sur la signification de beaucoup d'étiquettes dermatologiques, que l'on croit, à tort et trop souvent, désigner des maladies, alors qu'elles ne représentent que des LÉSIONS RELEVANT DE CAUSES DIFFÉRENTES :

— *Éléphantiasis* dus à la filaire aussi bien qu'au streptocoque ou au bacille tuberculeux, etc. (v. p. 57).

— *Ulcères variqueux* dus le plus souvent à des pyodermes banales sur un tégument mal nourri, mais déterminés fréquemment par la syphilis, parfois par la tuberculose ou par d'autres causes (v. p. 60).

— *Gommes* qui ne sont pas seulement d'origine syphilitique, comme un usage abusif tend à le faire croire, mais

peuvent être provoquées par le bacille tuberculeux, de nombreux champignons, etc. (v. p. 49).

— *Intertrigo*, qui n'est que la localisation dans un pli articulaire d'affections très différentes, à la faveur des frottements : streptococcie (et même gonococcie), trichophytie, eczéma, psoriasis, etc.

— *Érythèmes, érythèmes polymorphes, érythèmes noueux, purpura*, etc., qui peuvent être dus à des causes innombrables, toxiques, infectieuses, sans oublier la tuberculose (v. p. 469), etc.

Il importe par conséquent de ne pas se contenter de ces diagnostics de lésions, mais toujours rechercher la cause de cette lésion, car il en résulte souvent des conséquences pronostiques et thérapeutiques capitales (v. p. 471); il faut donc non seulement appliquer un traitement symptomatique, mais encore traiter la cause de l'affection.

*
* *

V. Cet inventaire fait des dermatoses de cause connue, reste tout l'INCONNU, l'incertain, le discuté.

— *Néoplasies bénignes* : Angiomes, lymphadénomes, etc., non congénitaux. Pour certains, on saisit une relation avec certaines causes, par exemple les cirrhoses du foie qu'ils peuvent même annoncer; mais quel est le mécanisme de ces angiomes des cirrhotiques et quelle est la cause des autres néoplasies bénignes?

— *Néoplasies malignes* : Cancers, sarcomes, lymphadénomes, mycosis fongoïdes, leucémides, psorospermose folliculaire végétante, acanthosis nigricans, xéoderma pigmentosum. Certaines semblent de nature infectieuse : mycosis fongoïde, psorospermose, etc. Certaines paraissent bien résulter de l'accumulation d'irritations déviant le processus normal d'épidermation, épithéliomas..., mais cette

hypothèse est encore discutée. Peu importe d'ailleurs au point de vue pratique en l'état actuel de notre thérapeutique car quelle que soit la cause exacte de ces processus tout le problème pronostique et thérapeutique est dominé par la notion de malignité, donc de diagnostic précoce permettant l'ablation ou l'irradiation totales avant envahissement du reste de l'organisme (chap. XIX, p. 640).

— *Psoriasis* : Est-ce une réaction diathésique de la peau à des troubles auto-toxiques? Ne serait-ce pas plutôt une affection parasitaire analogue à une teigne, ce que nous croyons; mais la contagion est très discutée et notre ignorance nous réduit à un traitement symptomatique local, intense, car le tégument psoriasique n'est que rarement irritable. Le psoriasis est devenu ainsi le type des dermatoses non irritables au point de vue thérapeutique (chapitre II, p. 241).

— *Parapsoriasis* (v. p. 40), *Pityriasis rubra grave* (v. p. 321), *Pityriasis rubra pilaire* (v. p. 242). Certains semblent bien être d'origine tuberculeuse, mais tous sont-ils dus au bacille de Koch? Ces expressions ne réunissent-elles pas des faits différents?

— *Lichens* : *L. plan*, *L. aigu*, etc. Est-ce une infection spécifique? Nous le croyons; ou un syndrome sur un terrain spécial? En tout cas on ne peut subordonner ces dermatoses au grattage qui est inconstant à la peau et qui n'existe pas sur les muqueuses (v. p. 279).

— *Pemphigus*, *dermatites polymorphes douloureuses*, *herpétiformes de Dühring*, etc. Tout est mystérieux dans leur déterminisme (v. p. 256).

— *Dermatites exfoliatrices*, *érythrodermies exfoliantes*, etc. Sont-ce des maladies distinctes dues à une cause inconnue, à un parasite, par exemple? N'est-ce pas plutôt (et c'est ce que nous croyons dans la plupart des cas) une cachexie cutanée, comparable à la cachexie cardiaque ou artérielle? (v. p. 320).

— *Sclérodermies, morphées, atrophies, erythromélagie, granulosis rubra nasi, panaris analgésique de Morvan, troubles de sécrétion sudorale, vitiligo, parakératoses, dermatolyse, etc.* Rien n'est plus vague que leur pathogenie, sauf pour certaines atrophies résultant manifestement de processus microbiens : syphilis, tuberculose.

— *Pelades*. On sait que la dispute n'est pas encore tranchée entre les contagionnistes et les non-contagionnistes, qui croient à un trouble réflexe, dentaire par exemple, et qui par conséquent n'interdisent pas à l'enfant peladique la fréquentation de l'école (v. p. 745).

— *Pellagre* : trophonevrose pour les uns, infection pour les autres, d'origine maïzique d'après beaucoup, aspergillaire pour certains, protozoaire pour d'autres, etc.

... Et que d'éruptions cutanées ne rentrent même pas dans ces types cliniques plus ou moins déterminés, et restent d'étiologie inconnue ! Certaines causes invoquées sont peut-être exactes, mais nous n'en savons rien. Non seulement par probité scientifique, mais par intérêt pratique, il vaut mieux avouer franchement son ignorance que d'invoquer des réactions nerveuses plus qu'hypothétiques, les émotions ou le caféisme des ancêtres, l'arthritisme, etc. Car qui n'est pas arthritique ? Qui n'est pas nerveux ? Qui n'a pas de diathèses dans ses ascendants ? Si, au lieu de prétendre tout savoir et de se payer de mots latins et grecs soi-disant précis, on avoue son ignorance étiologique, on ne s'étonne plus des succès thérapeutiques et des erreurs de pronostic ; on est incité à la réserve pronostique et à la recherche de traitements nouveaux.

CHAPITRE II

PRINCIPES GÉNÉRAUX COMPORTANT DES CONSÉQUENCES PRATIQUES

- I. Distinction des maladies (cause) et des affections ou syndrômes (effet de la cause), importance du traitement « causal » (p. 20).
- II. Importance des terrains acquis ou héréditaire : terrain général, terrain cutané. Nécessité d'un traitement adapté à chaque tempérament de malade (p. 22).
- III. Dermatoses réactions de défense (p. 25).
- IV. Nécessité de rechercher et de combattre toutes les causes (p. 25).
- V. Prédispositions locales : il faut toujours rechercher les causes localisatrices pour les supprimer (p. 25).
- VI. Fréquence des étiologies complexes : les facteurs multiples (p. 26).
-
- VII. Dermatoses mixtes, complexes, associées (p. 26).
- VIII. Dermatoses et formes de transition (p. 26).

Par le seul exposé des faits, le simple inventaire du chapitre précédent a déjà imposé quelques conclusions pratiques ; il importe de les grouper et d'en montrer l'utilité thérapeutique.

I. Il faut *distinguer les maladies* (c'est-à-dire les *causes*) des *affections* ou *syndromes* (c'est-à-dire *effets* des causes) et l'on se souviendra de ces deux lois de pathologie générale : — *une même cause* (ou maladie), par

exemple le streptocoque, *peut engendrer des affections très différentes* ; — *une même affection* (ou syndrome), par exemple l'eczéma, *peut être due à des causes très différentes*... Il serait donc utile de se déshabituer de dire « maladies de la peau, des reins, du cœur », etc., puisqu'il ne s'agit le plus souvent que d'affections relevant de maladies diverses (Landouzy). Au point de vue pratique, thérapeutique et pronostique, il est de la plus grande importance de ne pas confondre « l'affection », c'est-à-dire l'effet, avec « la maladie » qui est la cause de cette affection ; car, si l'on ne voit que l'affection (eczéma par exemple), sans préciser la maladie qui la provoque, on se contentera d'un traitement symptomatique, le plus souvent insuffisant, et l'on négligera le traitement causal, le plus important de tous.

De cette distinction capitale de l'effet et de la cause, résulte la nécessité dans l'étude de chaque malade, de *parcourir deux étapes : d'abord reconnaître le symptôme ou l'affection ; puis d'en chercher le mécanisme et la cause*, afin, si l'on peut, d'ajouter au *traitement symptomatique* un traitement causal.

Avec ces notions, on voit que *nombre d'affections cutanées ne sont que la manifestation à la peau de maladies générales* : chez certains sujets, la peau, pour des raisons inconnues ou connues (fragilité, etc.), devient un point d'appel ou de moindre résistance, sur lequel la maladie se localise ; par exemple les humeurs sont encombrées de produits auto-toxiques, les émonctoires habituels restent insuffisants, la peau, prédisposée, cherche à défendre l'organisme en éliminant ces toxiques, elle fait de l'eczéma, de l'urticaire, du prurit, etc.

Avec ces notions, on comprend mieux les *relations des*

dermatoses et des troubles viscéraux, on en tient un compte important pour le plus grand bien du malade; on rattache une partie au moins des causes des dermatoses à des troubles viscéraux, au lieu « d'isoler » la dermatose. C'est qu'en effet, même dans les dermatoses les plus localisées, il est rare que le « terrain » n'intervienne pas.

II. *L'importance du terrain héréditaire ou acquis, général et local, s'affirme dans la plupart des dermatoses.* Sauf peut-être pour les trichophyties et certaines infections bénignes, le terrain est un facteur important, que la thérapeutique devra chercher à modifier.

Si tel galeux a des papules d'urticaire, des placards d'eczéma, c'est que sa peau est prédisposée à faire de l'urticaire et de l'eczéma, et c'est pour cela que son éruption sera différente d'un autre galeux infecté à la même source; il faudra donc chez lui traiter le terrain eczémateux révélé par cette gale.

Si tel enfant a de l'urticaire en mangeant des œufs, c'est qu'il est anaphylactisé pour l'ovalbumine et que son tempérament « fluxionnaire » héréditaire le défend contre cette intoxication, en faisant l'œdème cutané qui est la papule urticarienne; il faudra donc faire autre chose que le traitement local de l'éruption prurigineuse.

Si ce jeune homme fait de l'acné, c'est que son tube digestif fonctionne mal, produit des poisons qui cherchent à s'éliminer à la peau, comme le ferait l'iodure ou le bromure de potassium, par les glandes sébacées; sa peau étant séborrhéique et par là sujette aux infections, les follicules pileux s'infecteront, d'où l'acné. Il faudra donc corriger ces troubles viscéraux et ne pas se contenter du traitement local externe, etc.

Si le pityriasis versicolor, les acnés chroniques staphylococciques affectionnent les tuberculeux, n'est-ce pas par une raison de terrain ?

Si les teignes tondantes de l'enfant guérissent à la puberté, n'est-ce pas par une réaction de terrain ?

Si le pityriasis rosé de Gibert, qui est bien la plus bénigne des maladies, si le zona, qui semble si localisé, confèrent l'immunité, n'est-ce pas en modifiant le terrain du malade ?

Même dans la tuberculose cutanée la plus limitée, le terrain a son importance, et la preuve en est que l'individu est sensibilisé vis-à-vis des poisons tuberculeux, ce que révèle l'injection de tuberculine.

Même dans le cancer le mieux localisé, le terrain est lésé; il y a, comme nous croyons l'avoir montré¹, une sensibilisation de l'organisme par les cytotoxines, qui permet la pullulation de ces cellules anormales que sont les cellules précancéreuse et cancéreuse; car, s'il n'était pas sensibilisé, l'organisme humain résorberait, mangerait ces cellules anormales comme le fait un sujet sain auquel on injecte des cellules cancéreuses. Et quelle thérapeutique efficace nous aurions, si nous pouvions modifier cet état de sensibilisation des cancéreux!

Il faut donc, dans toute dermatose, faire l'examen complet, général, de chaque malade et le traiter en conséquence.

Par ces quelques exemples on voit qu'il faut tenir compte de *deux séries de terrains* : terrain général, terrain local ou cutané.

Chaque individu hérite d'un terrain général et le mo-

1. *Journal de méd. int.*, 19 nov. 1912, n° 31, p. 301.

diffie au cours des années : il a ou il acquiert ainsi un terrain arthritique, nerveux, fluxionnaire, scrofuleux, tuberculeux, syphilitique, anaphylactisé, etc.

Chaque individu naît avec une peau qui lui est spéciale et sans aucun doute ce terrain cutané se modifie avec les années; tel a la peau fragile, poreuse, et fera facilement de l'eczéma; tel des nerfs cutanés irritables : il aura fréquemment du prurit; tel a une peau à tendance fluxionnaire et urticarienne; tel est séborrhéique, etc. Chaque peau a donc tendance à réagir à sa façon.

En outre, certains malades ont, plus que d'autres, tendance à manifester leurs troubles pathologiques dans les territoires cutanés plutôt que dans d'autres tissus : la maladie tend « à porter à la peau, » suivant l'expression populaire si juste.

Ces diverses prédispositions et terrains, héréditaires et acquis, peuvent se combiner à l'infini; un même malade peut être tuberculeux, syphilitique, nerveux, séborrhéique et eczémateux et de ces combinaisons, variables d'un instant à l'autre, résulte le *terrain total* du malade au moment de l'examen. Ces variations infinies de réactions individuelles nous font comprendre qu'il n'y a pas deux malades qui se ressemblent; chaque sujet réagit à sa manière et ces réactions varient à chaque moment de son existence (enfance, dentition, puberté, menstruation, grossesse, ménopause, etc.); il n'y a donc pas *des maladies, mais des malades* (Hardy) : il faut en thérapeutique cutanée ne pas s'en tenir à des équations, à des prescriptions toutes faites, mais examiner en détail le malade, afin de varier la thérapeutique suivant les variations de son terrain; en un mot, il faut *adapter le traitement à chaque malade suivant son tempérament général et local*.

III. Certaines réactions cutanées sont *des réactions de défense* : le rougeoleux, l'infecté atteint d'érythème, cherchent à brûler à la peau les poisons microbiens; l'eczémateux cherche à éliminer, brûler, fixer, diluer les poisons d'auto-intoxication, etc. Dans certains cas et dans une certaine mesure qu'indiquera l'examen de chaque malade, le médecin devra donc momentanément respecter cette réaction défensive ou même la rappeler (v. p. 163, note 1 et 172).

IV. *Il faut rechercher toutes les causes et ne négliger aucun facteur*, même les plus banaux; par exemple les variations de température : les chaleurs qui provoquent les miliaires, qui déclenchent un eczéma; le froid qui rappelle un prurigo, etc.

V. Il faut toujours rechercher les *prédispositions locales* afin de les combattre :

Le visage exposé aux poussières, au hâle, au vent, sera un lieu d'élection pour nombre de dermatoses. Les membres inférieurs variqueux mal nourris s'eczématiseront et s'infecteront plus facilement que les membres supérieurs, leurs lésions se répareront plus mal, d'où la fréquence des ulcères. Les mains irritées par des savonnages, par des antiseptiques, s'eczématiseront. Le cuir chevelu séborrhéique s'infectera. Le cou irrité par un col trop étroit ou rugueux aura des furoncles. Les plis articulaires, en frottant leurs surfaces cutanées macérées par la sueur, seront un terrain propice au développement de l'intertrigo streptococcique, etc.

Si certaines raisons nous échappent, elles existent néanmoins et il faut s'acharner à les rechercher, car il peut en résulter une indication thérapeutique.

VI. Il faut se persuader que, sauf exception, *l'étiologie d'une dermatose n'est pas simple*, c'est-à-dire due à une seule cause : presque constamment *des facteurs multiples s'associent*. On le verra en étudiant les eczémateux, les acnéiques, etc. (v. p. 166 et 355) ; on retrouvera chez eux : — un terrain général complexe, arthritique et nerveux ; — un terrain local eczémateux ou séborrhéique ; — des troubles viscéraux, gastro-intestinaux, hépatiques, rénaux, menstruels... ; — des prédispositions locales ; — des causes localisatrices, irritations externes ; — des causes déterminantes : un excès alimentaire, etc.

VII. Les *dermatoses mixtes complexes* sont fréquentes en raison de ces terrains complexes et de ces facteurs multiples.

Par exemple, un galeux a à la fois des papules de prurigo et d'urticaire, des placards d'eczéma, des vésicules et des pustules de pyodermite.

Il ne faut donc pas se contenter de l'examen d'une seule lésion, mais les étudier toutes dans leur ensemble.

VIII. Ces combinaisons de facteurs étiologiques expliquent encore : les *formes de transition* ou de *passage* entre deux types connus, par exemple une éruption intermédiaire entre l'eczéma et l'urticaire et les *combinaisons* de deux processus en une même lésion : par exemple un psoriasis surséborrhéique, une syphilide chez un acnéique. L'un déforme l'autre et il en résulte un aspect nouveau (Devergie).

Il ne faut donc pas vouloir faire rentrer à toute force un type observé dans des cadres connus, trop souvent un peu schématiques et étroits.

CHAPITRE III

EXAMEN DES MALADES

LES DIAGNOSTICS DERMATOLOGIQUES

MÉTHODES D'EXAMEN D'UN MALADE ATTEINT DE DERMATOSE (p. 28).

MARCHE DU DIAGNOSTIC. — I. **Analyse des lésions** : recherche et étude des **lésions élémentaires** : macules, papules, etc. (p. 29).

— II. **Synthèse** des données fournies par l'analyse afin de dégager le type clinique ou syndrome avec ses caractéristiques morphologiques (p. 34).

— III. **Discussion du diagnostic** : prudence et réflexion (p. 34).
Tableaux des diagnostics les plus importants qui se posent devant les aspects morphologiques ou syndromes dermatologiques les plus fréquents : **Flore dermatologique** (p. 33).

ENQUÊTE COMPLÉMENTAIRE sur le terrain cutané et les prédispositions tégumentaires du malade, sur l'état général et les troubles viscéraux, sur l'étiologie et la pathogénie de l'affection cutanée, sur les essais thérapeutiques antérieurs. En cas de doute, on n'hésitera pas à demander des examens bactériologiques ou histologiques (p. 62).

LES ERREURS GRAVES DE DIAGNOSTIC : syphilis, mycoses, etc. (p. 64).

Le malade atteint de dermatose sera interrogé sur ses antécédents héréditaires et personnels, en particulier sur les éruptions antérieures, sur la manière de réagir de son tégument, sur le mode de début, l'évolution, la durée, les troubles fonctionnels de l'éruption actuelle : par exemple on précisera si le prurit a précédé ou suivi l'éruption, etc., et rapidement on arrivera à l'examen du tégu-

ment, quitte à revenir plus tard sur les antécédents et sur l'évolution de la maladie pour en préciser certains détails.

L'examen du tégument doit porter sur la *totalité du revêtement cutané et muqueux* et non pas seulement sur la région désignée par le malade, il suffira pour ménager la pudeur d'examiner la peau segment par segment en se servant de tous les prétextes. La meilleure lumière est celle du jour, mais non le soleil qui éblouit et éteint certaines nuances; le soir on utilisera le bec Auer ou une lampe électrique à verre dépoli légèrement bleuté.

Les **méthodes d'examen** sont très simples : par la *vue*, en s'aidant de loupe s'il le faut, on notera la **forme**, la **grandeur**, la **configuration**, les **détails de surface** et des **bords**, la **coloration**, etc. Dans certains cas, on usera de verre bleu pour renforcer des érythèmes très pâles. Par le *palper*, on jugera de la **consistance**, de la **limitation**, de la **fluctuation**, de la **sécheresse**, etc. Par le *grattage* avec une curette mousse, grattage méthodique, patient et lent (Brocq), on étudiera la **structure de l'épiderme épaissi** et des **squames** (v. p. 213); souvent on aura intérêt à enlever les squames et les croûtes, soit à la curette ou à la pince, soit par une pulvérisation ou par un pansement humide afin de décaper les lésions. Par la *piqûre* avec une aiguille ou avec un scarificateur étroit, on s'assurera qu'une lésion contient du liquide ou qu'un nodule est mou (v. p. 499); parfois on aura recours à la *ponction* avec une aiguille (v. p. 553). Par l'application d'un papier à cigarette, on décèlera l'enduit graisseux (v. p. 329) et les gouttelettes de sérosité (v. p. 154, Eczéma). En regardant les lésions à travers un verre de montre que l'on appuie fortement sur la peau,

ou *vitropression*, on chassera la teinte rouge qui voile des nodules et on décèlera mieux les lésions importantes (v. p. 499).

*
* * *

MARCHE DU DIAGNOSTIC

La marche du diagnostic comprend trois étapes : — 1° l'analyse des lésions, c'est-à-dire la recherche et l'étude des lésions élémentaires, en un mot l'étude morphologique; — 2° la synthèse des données fournies par l'analyse afin de dégager le type clinique avec ses caractéristiques; — 3° la discussion du diagnostic de la maladie, en un mot, l'étude nosologique.

I. Il faut d'abord **analyser** les lésions en cherchant les *lésions élémentaires* les plus caractéristiques, c'est-à-dire les lésions les plus simples dont le groupement constitue les lésions complexes. On ne s'en laissera pas imposer par les déformations que les grattages, les infections, la dessiccation, l'apparition d'autres lésions cutanées ont fait subir à la dermatose primitive. Par exemple, chez un galeux, on ne voit d'abord que des placards d'eczéma, des pustules, des stries de grattage, etc., la lésion élémentaire caractéristique, le sillon, se cache (v. p. 433); chez un malade atteint de pemphigus, il n'est pas rare d'être d'abord égaré par l'absence de bulles : on ne voit que des placards rouges squameux exulcérés, des croûtes, etc.

Ces **lésions élémentaires** sont faciles à reconnaître par l'analyse clinique :

La *macule* ou tache est la simple modification de coloration de la peau sans infiltration palpable.

La *marule érythémateuse* est une tache plus ou moins rouge, non saillante, donc non palpable, qui étant simplement érythémateuse, s'efface par la vitropression; la rougeur est uniforme, on ne voit pas de vaisseau dilaté; la durée est habituellement courte (v. p. 452).

Les *taches vasculaires* sont dues à des capillaires dilatés visibles à l'œil nu et sont d'une durée presque indéfinie (télangiectasies) (v. p. 713).

La *papule* est une lésion saillante, donc palpable (v. p. 453): la papule proprement dite, *infiltrée* et dermique, est dure, résistante, élastique, sans liquide; elle est plus ou moins durable et n'atteint que le derme; elle est donc relativement superficielle.

La *papule urticarienne œdémateuse* ou *ortiée* (v. p. 285 et 452) est une papule, donc une « élevation » saillante, palpable, rosée ou blanchâtre, plus ou moins tendue et dure, parfois molle, de durée très courte, tantôt prurigineuse (urticaire), tantôt non prurigineuse (dermographisme); elle est réductible par une pression énergique de l'ongle, mais se reproduit au bout de quelques instants.

La *papule épidermique* est superficielle, sèche, dure, souvent jaunâtre, non réductible à la pression: papule de prurigo (v. p. 287); verrues planes (v. p. 711).

Les papules *mixtes* sont à la fois épidermiques et dermiques: *lichen plan* (v. p. 279), *strophulus* (v. p. 289), ces deux lésions sont caractéristiques cliniquement et histologiquement (Darier).

La *lichénisation* ou lichénification est une lésion très spéciale (v. p. 291).

Les *tubercules* ou mieux *tubérosités* (afin de ne pas faire croire qu'il s'agit de lésions dues au bacille de Koch) sont des infiltrations nodulaires plus profondes et plus massives, souvent plus saillantes (et même hémisphériques et dermo-hypodermiques), d'ordinaire plus durables que les papules simples (v. p. 453). Le tubercule est donc l'exagéra-

tion de la papule à laquelle le relie toutes les lésions de transitions, mais ce n'est pas une affaire de volume ou d'étendue, car un tubercule peut être très petit et une papule peut être très étendue.

Le tubercule ou *nodule lupique* (v. p. 499), le *tubercule syphilitique* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 274) sont des lésions très spéciales.

Le *purpura* est l'hémorragie intra-cutanée due à la rupture des capillaires permettant l'extravasation des globules dans le derme : la teinte est rouge vif sang, puis en se résorbant passe par les colorations bleue, bleu verdâtre, vert jaunâtre, etc., la tache purpurique persiste à la vitropression, sa durée est courte (v. p. 38 et 453).

La *pigmentation* est une coloration brune plus ou moins foncée qui ne disparaît pas par la vitropression ; par conséquent, quand il se mêle de la pigmentation dans une macule érythémateuse, on s'en aperçoit à ce qu'il persiste une tache brune, lorsque la vitropression a fait disparaître la teinte rouge de l'érythème. Étant un dépôt, la pigmentation dure des semaines (v. p. 721).

L'*achromie* est la décoloration de la peau, donc la modification inverse de la pigmentation (v. p. 61 et 724).

La *vésicule* est un petit soulèvement de l'épiderme, renfermant une gouttelette de sérosité, de grandeur très variable de 0,1 à 2 et 3 millimètres ; crevée, la vésicule peut continuer à suinter ou former une croûte jaunâtre ; non crevée elle se dessèche et forme une squame sèche ou une squame croûte (v. p. 454).

La *bulle* est une grosse vésicule, tantôt tendue, hémisphérique, tantôt flasque, ridée, plus ou moins vidée ; le liquide transparent au début peut se troubler secondairement par suppuration (v. p. 247 et 453).

La *phlyctène* est une grosse bulle.

La *pustule* est une vésicule contenant du pus (v. p. 402).

L'*ulcération* est une perte de substance plus ou moins

profonde, l'*ulcération proprement dite* entame le derme et laisse une cicatrice; l'*exulcération* n'intéresse que l'épiderme et à peine les papilles, elle ne laisse donc pas de cicatrice.

L'*ulcère* est une ulcération chronique qui une fois formée tend à persister, et parfois s'étend par fonte invisible des bords ou du fond (ulcère de jambe, p. 417, ulcère tropical, v. p. 7).

La *fissure* ou *rhagade*, ou crevasse, ou gerçure, est une perte de substance épidermique linéaire, superficielle ou profonde, ne laissant pas habituellement de cicatrice.

L'*excoriation* est une perte de substance très superficielle de l'épiderme, par cause traumatique et de très courte durée.

L'*hypertrophie de la seule couche cornée* donne, sans parler des squames, les kératoses (v. p. 703), les cors et durillons (v. p. 707), les cornes (v. p. 644), etc.

L'*hypertrophie épidermique et dermique* donne des verrues, papillomes, végétations (v. p. 709).

L'*hypertrophie prédominante ou isolée du derme et de l'hypoderme* donne l'éléphantiasis (v. p. 57), le myxœdème, etc.

L'*atrophie* est générale (atrophie sénile) ou localisée (sclérodermie) (v. p. 692), ressemblant alors souvent aux cicatrices (v. p. 738).

La *sclérose* se traduit tantôt par un épaissement de la peau (v. p. 693); tantôt la peau scléreuse est amincie, d'où le nom de lésion *scléro-atrophique* (voir 2^e phase de la sclérodermie p. 693).

La *chéloïde* est une hypertrophie scléreuse spéciale (p. 736).

La *squame*, ou écaille, est une lamelle épidermique blanchâtre, se détachant de l'épiderme sous-jacent : les squames pityriasiques ou furfuracées sont très fines, farineuses; les squames lamelleuses sont larges de 5 à 15, 20 millimètres, etc.

Les *croûtes* sont des concrétions, au début molles et élastiques, puis qui durcissent; elles sont formées de sérosité, ou de pus, ou de sang coagulé; leur couleur et leur épaisseur sont variables.

La *gomme* est une nodosité du derme (gomme dermique) ou de l'hypoderme (gomme sous-cutanée), de nature microbienne, donc inflammatoire, bien que souvent froide cliniquement (v. p. 552); le plus souvent, mais non constamment, la gomme se ramollit, puis s'ulcère, laissant écouler de la sérosité gommeuse ou du pus. Théoriquement la gomme indurée se différencie du « tubercule » en ce qu'elle laisse intactes au début les couches superficielles du derme, alors que le tubercule les attaque en même temps que les couches profondes (?).

Les *tumeurs* ou « néoplasies » sont des infiltrats très variables, mais très durables, ayant tendance à s'accroître, que leur volume et souvent leur diffusion ne permettent pas de classer dans les papules ou les « tubercules » et qui n'ont pas l'évolution des gommages (cancers et tumeurs bénignes (chap. XIX, p. 640, etc.).

Le *xanthome* est une infiltration spéciale (v. p. 710 et pseudo-xanthome p. 741).

Les *cicatrices* sont des lésions trop connues pour être définies. elles peuvent être fines, à peine visibles, ou profondes et évidentes. Elles ne résultent pas forcément d'une ulcération; l'infiltrat d'une papule et même un érythème à peine visible ont pu détruire les fibres élastiques et donner, sans ulcération de l'épiderme, une cicatrice indélébile (v. p. 738).

Ces lésions élémentaires que l'on a séparées inutilement en primitives et secondaires sont parfois isolées; le plus souvent elles se combinent entre elles par deux, trois, etc., pour donner des lésions complexes : lésions érythémato-papuleuse, tubéro-croûteuse, papulo-ulcéreuse, érythémato-squameuse, etc.

Leur *forme*, leur *topographie* peuvent varier à l'infini : éruptions amorphes, circonscrite, localisée, généralisée, etc.

L'analyse notera tous ces détails utiles au diagnostic.

II. Puis quand on a analysé ces lésions élémentaires, il faut grouper les données fournies par l'analyse et tenter la **synthèse** :

1° *Démêler les diverses éruptions* qui peuvent s'associer sur le même malade (pléomorphisme d'association);

2° *Reconstituer l'évolution des lésions* du début vers leur terminaison (pléomorphisme d'évolution);

3° Préciser leur topographie, leur mode de groupement, etc.

4° *Démasquer les complications et déformations* qui modifient l'éruption;

5° *Isoler en un mot le caractère majeur de l'éruption et la lésion caractéristique* (ce qu'on appelle souvent la lésion élémentaire, par exemple le nodule lupique, etc.).

On dégagera ainsi le type clinique de la dermatose avec ses caractéristiques morphologiques.

III. C'est seulement en possession de ces données que l'on pourra aborder la **discussion du diagnostic** en comparant les caractères observés avec les types dermatologiques connus. Devant tel aspect dermatologique, devant tel syndrome, on pensera à toutes les maladies qui peuvent donner cet aspect et on discutera soigneusement, ce qui ne veut pas dire longuement, chacun de ces diagnostics en se guidant sur ses souvenirs¹. En

1. Souvent c'est par région que se pose le diagnostic : voir à ce sujet l'excellent livre de Sabouraud : *Dermatologie topographique*.

cas de doute on saura attendre un supplément d'enquête, par exemple la réponse d'examen de laboratoire, les modifications qu'apportera l'évolution et que révélera l'observation prolongée du malade. On se souviendra de la fréquence des types de transition.

Le diagnostic est parfois difficile ou même momentanément impossible, tantôt parce que l'éruption est voilée, déformée par des lésions secondaires et que des causes complexes s'accumulant créent des éruptions mixtes; tantôt parce qu'une même lésion peut être provoquée par des causes différentes et inversement qu'une même cause peut déterminer des dermatoses différentes, d'où l'impossibilité de démêler l'étiologie; tantôt enfin parce que les dermatoses mal délimitées, mal connues ne sont pas rares et qu'il est difficile de classer des types de transition qui se rattachent à ces dermatoses mal définies, etc.

Voici les **tableaux des diagnostics** les plus importants, qui se posent devant les aspects morphologiques ou syndrômes les plus fréquents :

I. Érythèmes. — 1^o Devant les érythèmes plus ou moins généralisés, accompagnés le plus souvent de *troubles généraux infectieux*, il faut songer¹ :

— Aux *fièvres éruptives* (chap. X, p. 430) : scarlatine et érythèmes scarlatiniformes (v. p. 454); rougeole et érythèmes rubéoliformes (v. p. 456); rubéole (v. p. 457); aux roséoles syphilitiques et médicamenteuses (v. *Traitement de la syphilis*, p. 170); — aux érythèmes infectieux ne rentrant pas dans les groupes précédents (v. p. 452 et aux grandes infections accompagnées d'érythème (v. p. 465).

1. On élimine facilement les dermatoses congénitales (v. p. 254), chroniques (v. p. 451, 244, etc.), les érythèmes émotifs.

— Aux *intoxications alimentaires médicamenteuses*, etc. (v. p. 684); souvent ces éruptions n'ont rien de caractéristique (v. p. 686), parfois elles ont un aspect un peu particulier qui doit faire penser à une toxicodermie : macules discoïdes de 5 à 10 millimètres ou éléments figurés marginés annulaires, d'un rouge vif, souvent démangeantes, etc. (v. p. 687).

2° Devant un **érythème localisé** on discutera les diagnostics suivants :

— Aux plis articulaires et cutanés, l'*intertrigo*¹ (v. p. 399) et l'*intoxication mercurielle* (v. p. 455).

— Aux extrémités et avec une teinte bleuâtre, diffuse ou en réseau, la *cyanose* et l'*acroasphyxie*.

— Aux parties découvertes, le *coup de soleil*, le *hâle*, la *pellagre* et *érythèmes pellagroïdes* (v. p. 679).

— En n'importe quel point du tégument, les *dermites artificielles* par irritation chimique professionnelle (v. p. 670), médicamenteuse (v. p. 671), sérique et tuberculinique, l'*érythème fessier* des nourrissons et des « incontinents » dû à l'irritation par l'urine ou les matières fécales (v. p. 673); les piqûres d'animaux (v. p. 427), de plantes (v. p. 673); les frottements par des habits trop serrés, etc.; les *intoxications* alimentaires, médicamenteuses (v. p. 684); les *auto-intoxications* urémique, hépatique, diabétique, dyspeptique, etc.; les *érythèmes microbiens* : roséole de retour,

1. Le diagnostic de l'*intertrigo* posé, il faut en discuter l'origine : *intertrigo mécanique* dû aux frottements chez une obèse, surtout en été à la faveur de la transpiration; — *dermite* due au savon et à des nettoyages excessifs; — *eczématisation* (v. p. 200) et *dermites postprurigineuses* susceptibles de se compliquer de lichenisation; — *intertrigo psoriasique* (v. p. 215), etc.; — *intertrigo streptococcique* (v. p. 399), *gonococcique* (v. p. 383), etc.; — *mycoses* : *érythra-ma* (v. p. 634), *trichophyties* (v. p. 633), soldisant *eczéma marginé* de Hebra (v. p. 633); *épidermites* dues à des levures (v. p. 633), etc.; — *maladie de Darier* (v. p. 492); — *pyodermes* *phthiriasiques* (v. p. 446); — *érythème mercuriel* (v. p. 455); — *acanthosis nigricans* (v. p. 57), etc.

érythème *syphilitique* tertiaire circiné, érythème circiné migrateur fréquent chez les tuberculeux et d'origine incertaine; les *angionévroses* ou érythèmes des névropathes, des Basedowiennes, etc.; tache vasomotrice des méningites, etc.

3° Devant un érythème simple ou mêlé de papules, etc., avec peu de prurit, avec souvent quelques phénomènes généraux : fièvre, arthropathie, lorsque la lésion débute par le dos des mains, les poignets, les coudes, les genoux, le cou, lorsque l'évolution est aiguë et subaiguë, on pensera aux érythèmes polymorphes :

— Éléments érythémateux et papuleux de forme très variable = *érythème polymorphe*¹ proprement dit (v. p. 469).

— Éléments nouveaux souvent mêlés de purpura, siégeant plus nombreux aux membres inférieurs = *érythème nouveau, contusiforme* (v. p. 470).

4° Devant des dermatoses papuleuses ortiées, rosées, œdémateuses, éphémères, démangeantes, on pensera à l'urticaire (v. p. 285)²; au *strophulus* (v. p. 289); à l'urticaire *porcelainée* (v. p. 285), lorsque le centre blanchit; à l'urticaire *pigmentée* (v. p. 285); à l'*érythème polymorphe* (v. p. 452).

Lorsque ces mêmes papules ne sont pas démangeantes et résultent d'un trauma, d'un frottement, etc., on dira *dermographisme*.

5° Devant un mélange d'érythème, de papules, d'urticaire avec prurit intense, à évolution aiguë, subaiguë ou chronique,

1. Ce diagnostic ne doit pas suffire, bien qu'on s'en contente d'ordinaire, il faut chercher la cause de ces érythèmes polymorphes, en particulier la tuberculose (v. p. 471).

2. Ce diagnostic lésionnel doit être complété d'une enquête étiologique (v. p. 284, note 1) : urticaire toxique alimentaire (poissons, f. aises); médicamenteux; serique; hydatique; biliaire; gastro-intestinal, etc.; toxique par piqûre d'insecte, par contact de chenille, de plante (ortie); mécanique, dû à n'importe quelle irritation chez des sujets à terrain spécial urticarien, etc. Il faut même songer au paludisme, aux fièvres éruptives.

on se méfiera des *dermatites polymorphes douloureuses* (v. p. 257).

II. *Purpuras*. — Le purpura n'est qu'un syndrome et l'infiltration purpurique est souvent combinée à d'autres types éruptifs : érythèmes polymorphes (v. p. 452), érythèmes noueux contusiformes, urticaire, eczéma, zona, pemphigus, etc.

Il faudra successivement envisager les hypothèses suivantes :

== 1^o *Purpuras secondaires*. *Purpuras* au cours des cachexies, anémies, leucémies, asystolie, cirrhose, urémie, cancers; — au cours des intoxications par le phosphore, les iodures; — au cours des infections chroniques : tuberculose, paludisme, etc.; — au cours des affections nerveuses : myélite, tabès, névrite, paralysie générale, névrose, etc.; — *purpuras mécaniques* à la suite de l'ablation d'un pansement trop serré, d'attaques nerveuses (épilepsie), asthme, quintes de coqueluche, etc.; — *purpura angioscléreux* auquel on rattache la plupart des purpuras chroniques, purpura sénile dû à la dégénérescence sénile des capillaires, etc. (Le purpura *orthostatique* est une variété pathogénique, la station debout favorisant et localisant la diathèse purpurique aux membres inférieurs, mais cette diathèse purpurique peut être due à n'importe quelle cause : néphrite scarlatineuse, tuberculose, etc. Il en est de même du purpura dit *menstruel*.)

— *Fièvres éruptives hémorragiques* : variole, scarlatine, rougeole, etc.; le purpura survient dès le début avant l'éruption : rash purpurique de la variole hémorragique foudroyante ou après l'éruption classique de la fièvre éruptive (v. p. 459).

— *Purpuras secondaires à des infections* : angines streptococciques, méningite cérébro-spinale, etc., diphtérie, fièvre typhoïde, granulie, etc. Le scorbut a une étiologie spéciale :

privation d'aliments frais, air confiné, il est associé à un état fongueux des gencives, à une asthénie et à une anémie marquées, de même que la « maladie de Barlow ».

== 2^o *Purpuras* semblant primitifs : — hémophilie, etc.

— *Purpura hémorragique brusque apyrétique* (de Werloff) survenant en pleine santé sans troubles généraux, sans cause connue.

— *Purpuras rhumatoïdes* reliés par toutes les transitions aux érythèmes polymorphes (v. p. 468).

— *Purpuras* dits *hémorragiques* ou *infectieux* parce qu'il s'accompagnent d'hémorragies des muqueuses et des signes d'une infection grave.

— *Typhus angio-hématique* de Landouzy-Gomot, purpuras graves avec syndrome typhoïde, souvent mortels.

— *Purpura fulminans* d'Henoch ou purpuras suraigus, souvent mortels en quelques heures et cachant des infections foudroyantes, variole, etc., méningococcie, ou des intoxications.

Ces purpuras primitifs ne sont que des syndrômes et la plupart semblent infectieux, les formes précédentes n'étant que des degrés de l'infection purpurigène. La nature de l'infection peut parfois être reconnue; le plus souvent elle échappe; on se méfiera toujours de la tuberculose, aussi bien de la granulie dans le purpura grave que de la tuberculose latente dans les purpuras bénins et surtout dans les purpuras subaigus de Bensaude et Rivet (v. p. 471).

III. Dermatoses érythémato-squameuses généralisées (voir chap. V, p. 316) apparues chez l'adulte (v. p. 317), chez le nouveau-né (v. p. 325), chez le nourrisson (v. p. 325).

Les unes sont *aiguës* : fièvres éruptives (v. p. 454), érythèmes toxiques (v. p. 455), etc.; les autres sont *chroniques* (v. p. 317) : dermatites exfoliatrices et pityriasis rubra grave (v. p. 320).

IV. Dermatoses érythémato-squameuses à plaques multiples, habituellement non prurigineuses, sans phénomènes aigus, naissant et persistant sous la forme érythémato-squameuse.

On éliminera le pityriasis versicolor (v. p. 631); l'érythrasma (v. p. 634); les *trichophyties* (v. p. 629); le favus (v. p. 630); et autres épidermo-mycoses de diagnostic clinique souvent très difficile (v. p. 648); la syphilis (v. *Traitement de la syphilis*, p. 272, etc.), les toxicodermies (v. p. 686).

Puis on discutera les diagnostics suivants :

1^o *Psoriasis* : plaques donnant au grattage une série de signes caractéristiques (v. p. 243) et prédominant aux coudes, genoux, cuir chevelu (v. p. 243), de longue durée (v. p. 246) et guérissant par les réducteurs (v. p. 92).

(Pour le diagnostic avec l'eczéma, les lichens, etc., voir p. 455, 279. Pour les tuberculides psoriasiformes, v. p. 221. Pour le diagnostic capital des *syphilides psoriasiformes*, voir le tableau p. 284 de notre livre : *Traitement de la syphilis en clientèle*.)

2^o *Parapsoriasis*¹ de Brocq et *Éruptions plus ou moins psoriasiformes dues à des épidermites microbiennes* (v. p. 772), mais ne donnant pas au grattage la série des signes du psoriasis; notamment elles ne montrent pas de piqueté hémorragique mais de petites ecchymoses, elles ne donnent pas de pellicule enlevable d'un coup d'ongle; les parapsoriasis ont une évolution très lente et offrent une très grande résistance aux traitements qui sont efficaces dans le psoriasis; ils s'accompagnent souvent d'ambiance tuberculeuse.

— Placards psoriasiformes de grandeur et forme variables, rouge, rosé pâle ou jaunâtre = *parapsoriasis en*

1. « C'est uniquement l'aspect objectif de ces dermatoses qui a motivé leur rapprochement réciproque avec le psoriasis; leur origine et leur nature sont inconnues, à peine soupçonnées et probablement diverses. » (Darier.) Certaines de ces dermatoses semblent être de nature tuberculeuse.

plaques ou pityriasis rubra disséminé, ou mieux maculeux. Les bords sont peu précis, les squames pityriasiformes non stratifiées; les éléments sont souvent à peine squameux (exagérant le quadrillage normal de l'épiderme), non infiltrés; leur forme est arrondie ou en anneaux, en trainées.

— Petites taches de 2 à 8 millimètres, rose pâle ou rouge brunâtre, très peu infiltrées, squames pityriasiques ou lamelleuses = *parapsoriasis en gouttes*.

— Très petits éléments de 1 à 2, 3 millimètres, plus papuleux, plus infiltrés que les précédents, de la grosseur d'une tête d'épingle, ayant tendance à prendre un aspect un peu atrophique et à former par confluence des réseaux irréguliers, puis des plaques d'un rouge rosé un peu livides et squameuses = *parapsoriasis lichénoïde* ou lichen variegatus.

3° *Éruptions érythémato-squameuses bénignes de courte durée habituelle*. — Placards psoriasiformes de grandeur et forme variables, rouges ou rosés, non papuleux, squames moins stratifiées que celles du psoriasis et ne donnant pas les signes aussi caractéristiques au grattage (on a plutôt des ecchymoses que le piqueté et l'on ne voit pas, après la dernière squamule, la surface rouge luisante et lisse du psoriasis) = *éruptions psoriasiformes surséborrhéiques* et *éruptions inconnues* dites *parakératoses*, tantôt irritables, tantôt non irritables.

— Médaillons caractéristiques (v. p. 207) débutant souvent par une plaque plus grande, localisés surtout au tronc, respectant le cuir chevelu, de courte durée et conférant l'immunité = *pityriasis rosé de Gibert* (v. p. 206).

— Éruption médiothoracique ou localisée au cuir chevelu et à sa bordure, à tendance circonée polycyclique, souvent limitée par un bourrelet à peine saillant, rouge, souvent jaunâtre, « acnéiforme », squames molles, comme graisseuses, chroniques, récidivantes = *pityriasis stéatoïde* (eczéma flanelleux ou séborrhéique) et allant jusqu'au pityriasis circoné marginé (v. p. 374).

— Taches squameuses irrégulières, tenaces, récidivantes (v. p. 377), à surface chagrinée parfois lichénoïde = *pityriasis surséborrhéiques* et *épidermites microbiennes* dus à des cocci (v. p. 753).

IV. Dermatoses rouges et squameuses à tendance chronique.

— Plaques de grandeur et de forme variables, souvent en papillon au visage, à bords irréguliers nettement arrêtés; zone active rouge tuméfiée squameuse avec squames ponctuées (v. p. 544); centre tendant à la régression cicatricielle sans ulcération; évolution très lente; siégeant surtout à la face et au cuir chevelu = *lupus érythémateux fixe* (v. p. 544).

— Plaques rouges d'un rouge assez vif, à tendance circinée, à zone périphérique rouge foncé saillante, à centre plutôt déprimé souvent légèrement squameux et tendant à la régression cicatricielle; souvent symétrique et d'évolution aiguë ou subaiguë; affectionnant le visage, le dos des mains et les doigts = *lupus érythémateux superficiel*, mobile, aberrant, etc. (v. p. 543).

— Lésions d'un rouge souvent fauve, accompagnées de troubles de sensibilité: hyperesthésie ou plus souvent anesthésie, de chute des poils, et d'autres signes associés, etc. (v. p. 573) = *lèpre*.

— Placards rouges à squames en lignes parallèles, associés à des cônes peripilaires des extrémités (v. p. 242) = *pityriasis rubra-pilaire*.

— Placards prurigineux, d'aspect squameux, quadrillé = *lichénification* (v. p. 291); *mycosis fongoïde* (v. p. 661).

— Rougeur bistre, purpurique çà et là, peau amincie (conservant le pli si on la soulève entre deux doigts); desquamation plus ou moins marquée, parfois lamelleuse, non prurigineuse; siégeant surtout à la face dorsale des mains, et presque toujours, mais non toujours, dans les régions exposées au soleil = *pellagre* (v. p. 680, note 2).

V. Dermatoses papulo-squameuses chroniques, péripilaires, sans tendance à la circination; peu ou pas prurigineuses.

1^o Éléments plutôt maculeux; petites *taches* rouges péripilaires un peu squameuses, parfois à tendance papuleuse, disséminées ou groupées, localisées surtout au thorax, aux membres, coexistant souvent avec des plaques de pityriasis stéatoïde, parfois prurigineuses = *pityriasis stéatoïde péripilaire* (séborrhéide péripilaire, v. p. 375). On éliminera les eczémas (v. p. 154), le psoriasis punctata (v. p. 213).

2^o Éléments nettement papuleux saillants, petits, distincts ou confluent : on éliminera les eczémas (v. p. 154), *lichen* (v. p. 279), *psoriasis punctata* et *guttata* (v. p. 213), *épidermites microbiennes* (v. p. 755); puis on discutera les diagnostics suivants :

— Papules, rouge cuivré ou livide, non prurigineuses, sèches, arrondies, infiltrées, souvent cicatricielles, rarement mêlées d'ulcérations = *syphilides* acnéiformes, lichénoïdes, etc. (v. *Traitement de la syphilis*, p. 192 et 197).

— Papules très petites, pâles, souvent bistrées ou livides, souvent groupées en plaques irrégulières surtout sur le tronc, à sommet presque corné rarement vésiculo-pustuleux, survenant sur un terrain tuberculeux (v. p. 564) = *lichen scrofulosorum* et *tuberculides péripilaires*.

— Petites papules miliaires, rosées, localisées au nez, disséminées sur un fond froid rose ou lilacé, parfois sur le menton et les lèvres, associées à de l'hyperhidrose (v. p. 721) = *granulosis rubra nasi*.

— Saillies cornées filiformes plus ou moins longues et sèches, sortant des orifices pilosébacés surélevés, un peu rosés ou de couleur normale, siégeant sur le visage, le cou, les membres ou les fesses..., chez des sujets jeunes = *lichen spinulosus*.

— Cônes cornés affectionnant la partie postérieure des bras, des joues, les sourcils, formant de minuscules dépressions cicatricielles punctiformes, confluentes en cer-

taines places, constituant alors des traînées serpiginieuses glabres avec télangiectasies (v. p. 704) = *kératose pilaire*.

— Cônes cornés (v. p. 242), siégeant surtout à la face dorsale des doigts, nappes érythémato-squameuses (v. p. 243), coexistant souvent avec des kératoses palmo-plantaires = *pityriasis rubra pilaris*.

— Mélange d'érythème, d'hyperkératose ponctuée (v. p. 544) et d'atrophie = *lupus érythémateux*.

— Lésions siégeant aux aines, aisselles, etc., papules recouvertes d'une croûte brun grisâtre de 1 à 3 millimètres (cette croûte forme une petite masse cornée, dure, enchâssée dans une dépression infundibuliforme et munie d'un prolongement mou) = *Maladie de Darier* (v. p. 492).

VI. Dermatoses lichénoïdes, c'est-à-dire à petites papules sèches spéciales (voir *lichen plan*, p. 279). Le diagnostic se pose avec toutes les affections lichénoïdes (v. p. 284) et surtout avec les *syphilides lichénoïdes* (v. *Traitement de la syphilis*, tableau p. 282).

VII. Dermatoses squameuses à squames sèches sans érythème, sans aucun symptôme inflammatoire, d'évolution lente.

1° Datant de l'enfance et persistant indéfiniment, reparaissant dès qu'on cesse le traitement. On discutera les diagnostics suivants :

— Squames fines, à peine visibles, formant plutôt un simple épaissement de la couche cornée = *kérose* (voir p. 328, note 1).

— Squames plus ou moins importantes, évidentes, généralisées = *ichthyose* (v. p. 701); — localisées = *hyperkératose congénitale* (v. p. 706).

2° De date récente. On discutera les diagnostics suivants :

— Squames localisées en plaques ou diffuses = *pityriasis simplex* du cuir chevelu (v. p. 368); *pityriasis faciei* (v. p. 364); *pityriasis* « simples » parasitaires des autres régions; *kératoses palmo-plantaires* (v. p. 706).

— Squames généralisées = *desquamation des fébricitants, des cachectiques, des vieillards.*

VIII. **Dermatoses vésiculeuses.** 1° *Sans inflammation, donc sans érythème.*

— Vésicules de très longue durée et ne se vidant que par piqure, siégeant à la face, au nez surtout, ne desquamant pas = *Hydrocystome* (v. p. 734 et figure 179).

— Vésicules à évolution rapide de plusieurs jours, souvent prurigineuses, siégeant aux extrémités, surtout entre les doigts, survenant en été, surtout après exposition au soleil, assez solides, desquamantes = *Dyshydrose* (v. p. 156).

— Vésicules petites, innombrables, généralisées sur le tronc, éphémères, survenant surtout à la suite de transpiration, en particulier chez un févreux = *sudamina* et miliaires blanches (v. p. 465).

2° *Vésicules mêlées d'érythème* (voir diagnostic de l'eczéma, p. 154 et 156). On éliminera les *syphilides eczématiformes* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 281) : l'eczéma *scrofulosorum* (v. p. 566).

— Vésicules très petites, innombrables, envahissant surtout le tronc, cercrées d'un halo rouge minuscule qui, en confluant, donnent un érythème diffus tacheté de vésicules, survenant en été, ou chez des févreux, sans gravité et de durée très courte, prurigineuses = *miliaire rouge* (ou mieux *impétigo miliaire* de Darier; v. p. 465).

— Vésicules petites, souvent inégales, groupées en placards diffus ou limités, laissant couler un liquide citrin poisseux empesant le linge (la vésicule ouverte forme un « puits eczémateux »), desquamantes... tendance à la lichénisation = *eczéma* (v. p. 154, 156 et 163, le diagnostic étiologique et pathogénique).

— Plaque non vésiculeuse mais paraissant eczématiforme, siégeant surtout au mamelon, *érosive*, rouge vif, à croissance lente, à bords arrêtés à peine saillants, formant

une lamelle indurée parcheminée, aboutissant à un cancer profond du sein = maladie de Paget (épithélioma : v. p. 648).

3° *Vésicules érythémateuses et papulo-vésiculeuses.*

— Vésicules d'eczéma montées sur une papule, isolées ou groupées en placards rouges épaissis suintants ou squameux, prurigineuses, affectonnant les membres = *eczéma papulo-vésiculeux* (v. p. 162).

— Papules très prurigineuses, disséminées, dures = *prurigo* (v. p. 287).

— Petites vésicules purulentes, à base inconstamment papuleuse sur fond séborrhéique et couperosique, survenant par poussées de courte durée = *miliaire pustuleuse des séborrhéiques*.

4° *Vésicules érythémato-squameuses circinées.* On éliminera les syphilides (v. *Traitement de la syphilis*, p. 273), lèpre (v. p. 571), pityriasis rosé de Gibert (v. p. 206), pityriasis stéatoïde (v. p. 374).

— Éruption ayant les caractères de l'eczéma : vésicules diffuses, suintantes ou squameuses, placards à bords plus ou moins diffus mal délimités, prurit marqué fréquent mais inconstant = *eczéma nummulaire* (v. p. 162).

— Plaques arrondies et cerclées, souvent polycycliques mais peu géométriques; à bordure rosée, saillante, parsemée de vésicules; prurit intense, progression centrifuge = *dermatite polymorphe herpétiforme* (v. p. 257).

— Plaques bien arrondies, bordées de pustulettes périplaires (v. p. 629) = *trichophytie cutanée* et autres mycoses épidermiques.

IX. Dermatitis pustuleuses. Voir chapitre VII. *Pyodermites* : impétigo (v. p. 387), ecthyma (v. p. 392), folliculites (v. p. 402), sycosis (v. p. 403), sycosis lupiforme (v. p. 408), dermites pustuleuses dus au taphia, etc., acné (v. p. 352), furoncle et anthrax (v. p. 409), etc. On se rappellera les *erreurs de dia-*

gnostic faites à propos des pyodermites avec les syphilides, toxidermies, tuberculoses, mycoses (sporotrichoses, blastomycoses, etc.), teignes (folliculites, etc.), morve aiguë; variole, varicelle, vaccine (v. p. 386 et à chacune de ces affections).

X. Dermatoses bulleuses. Voir chap. III, p. 246 : Diagnostic symptomatique, p. 247; diagnostic étiologique, p. 248. I. Dermatoses bulleuses de causes connues, p. 248. II. Dermatoses bulleuses de causes inconnues : Pemphigus, herpès, zona. (v. p. 256).

XI. Dermatitis prurigineuses. Voir chapitre IV, p. 277. Diagnostic symptomatique, p. 278. Diagnostic étiologique et pathogénique, p. 295.

XII. Dermatoses papuleuses et nodulaires.

— Lésions *non prurigineuses*, indolentes, d'un rouge plus ou moins cuivré, non péripilaires, de forme nettement délimitée, recouvertes d'une squame pauvre donnant souvent une collerette périphérique dite de Bielt, infiltrées, indurées; habituellement multiples, disséminées irrégulièrement sur le tronc, sur la face, sur les membres; souvent tendance à la circination, à la formation de croûte, à l'ulcération; évolution assez rapide = *syphilides papuleuses*, disséminées, groupées, circinées, serpigneuses (v. *Traitement de la syphilis*, p. 272, 326).

— Eléments disséminés ou groupes tendant à former des placards circonscrits d'aspect très variable : maculeux, papuleux, pustuleux, croûteux, ulcéreux, cicatriciel, mais dans lesquels toujours on retrouve le *nodule lupique* caractéristique (v. p. 499), évolution très lente = *tuberculoses* : *lupus*, etc. (v. p. 498).

— Nodules plus ou moins analogues aux *lupus* chez des tuberculeux : *lupoïde* ou *sarcoïde* de Bœck (v. p. 536), *tuberculides* nodulaires et papuleuses (v. p. 564), *plaques de lupus pernio* des mains (v. p. 551).

— Nodules arrondis, fauve-pâle ou foncés, durs, élastiques, bosselant souvent la face (léontiasis), souvent accompagnés de télangiectasies et d'alopécie, d'anesthésie ou d'hyperesthésie = *lèpre* (v. p. 573).

— Tuméfaction spéciale du nez, de dureté cartilagineuse, limitée par un bourrelet saillant, dur = *rhinosclérome* (v. p. 583).

— Éléments souvent mixtes d'aspect et ne rentrant pas absolument dans les types connus = *mycoses* (v. p. 585).

— Éléments ayant les caractères des néoplasies (v. p. 33) = *sarcomes, épithéliomas secondaires*, etc. (v. p. 650).

— Saillie rouge, dure, douloureuse, souvent irrégulière, avec des prolongements, évolution très lente succédant le plus souvent à une cicatrice, à l'acné, etc. = *chéloïdes* (v. p. 736).

— Papule de 2 à 6, 12 millimètres, plus ou moins hémisphérique, rarement plane, arrondie, assez mal délimitée, de couleur variable, à surface brillante, ou squameuse, ou excoriée, très prurigineuse = *prurigo fixe* à grosses papules (v. p. 288).

— Papules à peine rosées, ou violacées, ou brunâtres, de 3 à 15 millimètres, recouvertes d'un enduit corné et prurigineuses (v. p. 283) = *lichen plan obtusus*, etc.

— Papules érosives, secondaires à des pyodermites, ou à des excoriations infectées, à la suite de piqure de moustique, etc., siégeant surtout aux parties saillantes des fesses chez les nourrissons = *pyodermites papuleuses érosives* (syphiloïdes post-érosives de Sevestre-Jacquet, voir *Traitement de la syphilis*, p. 477, note 1).

— Nodules rouges, souvent douloureux, tenaces, isolés, d'étiologie spéciale = *nodules d'enkystement* de corps étrangers, écharde, dard de guêpes, etc.

XIII. Nodosités sous-cutanées ou hypodermo-dermiques.

1^o *Forme aiguë* avec des troubles généraux, fièvre, arthropathies, siégeant surtout aux membres inférieurs = *ery-*

thème polymorphe noueux contusifforme (v. p. 470), *nodosités rhumatismales* (?); *urticaire géante* (v. p. 286); *lèpre* (v. p. 570).

2° *Forme subaiguë* = *mycoses* (v. p. 585); *sporotrichose* (v. p. 587).

3° *Formes chroniques* avec réaction inflammatoire (inconstante au début) ou érythème.

— Nodules localisés aux membres inférieurs, ne se ramollissant pas, s'ulcérant exceptionnellement, d'évolution très lente = *érythème induré de Bazin* (v. p. 559).

— Lésion rouge-violacé, froide, d'évolution lente; ramollissement sans phénomènes inflammatoires, contenant du caséum; ulcération souvent étroite à bords déchiquetés, amincis, décollés; inoculation au cobaye positive = *gomme tuberculeuse* (v. p. 552).

— Nodosités dures, isolées ou confluentes en placards bosselés ou en cordons noueux; nodosités subaiguës ou chroniques, sans tendance à l'extension indéfinie des tumeurs, pas d'ulcération, ni de ramollissement = *tuberculides hypodermiques* et *sarcoïde* de Darier-Roussy (v. p. 558).

— Nodosités petites, s'ulcérant, proches des tuberculides papulo-nécrotiques : *acnitis* de Barthélemy (v. p. 566, note 1).

— Nodosité rouge-vif, évolution plutôt rapide, se ramollissant avec un mouvement inflammatoire, contenant un bourbillon, laissant une ulcération caractéristique ronde ou polycyclique à bords à pic, à fond bourbillonneux jaunâtre, antécédents, réaction de Wassermann, épreuve du traitement = *gomme syphilitique*. (V. *Traitement de la syphilis*, p. 311).

— Gomme d'aspect polymorphe = *gommés mycosiques* : *sporotrichoses* (v. p. 587), *blastomycoses* (type Buschke ou Hudelo v. p. 604), etc.

— Nodosités gommeuses tendant à s'agglomérer et perdus dans un infiltrat ligneux, fistulisations multiples, pus

à grains jaunes ou colorés = *actinomycoses* (v. p. 607), *pieu de Madura*, etc. (v. p. 606).

— Nodules circonscrits ou diffus, souvent invisibles, mais palpables, associés à d'autres symptômes de lèpre (v. p. 573), tantôt restant fermes, tantôt se ramollissant et s'ulcérant = *Lèpre*.

— Mélanges de nodules, d'abcès subaigus et froids, d'ulcérations, de taches bleuâtres en des points que seuls peuvent atteindre les mains du malade = *abcès par injections de morphine* et de corps analogues.

— Nodosités à accroissement rapide, malignes = *sarcomes, fibro-sarcomes* (v. p. 656).

— Nodosités dermiques, symétriques, débutant par les extrémités, rouges violacées, souvent associées à de l'œdème dur, de croissance relativement lente, à bords assez mal limités, mêlées de pigment, possédant les caractères de malignité bien qu'elles ne s'ulcèrent que rarement = *acrosarcome télangiectode* d'Unna-Kaposi (v. p. 657).

— Lésion inflammatoire succédant à une lésion chronique indolente = *kyste sébacé* enflammé et loupe du cuir chevelu, *kyste dermoïde infecté*, etc. (v. p. 736).

— Nodosités multiples du cuir chevelu et de la tête, malignes = *cylindromes* (v. p. 647).

— Nodosités sous-cutanées hypodermiques dures à la suite d'un cancer même opéré depuis longtemps = *épithélioma métastatique* (v. p. 650).

— Nodosités et tumeurs (v. p. 663) précédées d'éruptions diverses, prurigineuses = *mycosis fongoïde* (v. p. 661).

4^o Nodosités chroniques, souvent même de durée indéfinie, sans réaction inflammatoire de la peau.

— Nodosités sous-cutanées, rares ou multiples, dures ou molles, indolentes, mobiles, ne s'ulcérant, ne suppurant jamais = *fibrome*.

— Nodosités sous-cutanées et cutanées multiples, indolentes, molles, parfois dures, mêlées à des taches pigmen-

taires, et souvent à l'hypertrophie des troncs nerveux = *neurofibromatose généralisée* de Recklinghausen (v. p. 731).

— Nodosités sous-cutanées à accroissement rapide, finissant par ronger la peau, malignes = *sarcomes hypodermiques*, type Perrin (v. p. 658).

— Nodules de 3 à 8 millimètres, cutanés, blanc-rosé, très douloureux, disséminés, siégeant surtout au tronc, épaules, bras, etc., se contractant = *dermatomyomes*.

— Nodosités sous-cutanées molles ou résistantes, de consistance spéciale, *adipeuses*, *lobulées*, indolentes, recouvertes d'une peau intacte, parfois de volume énorme; évolution lente = *lipomes et fibrolipomes*.

— Nodules d'évolution très lente, à contenu pâteux = *kyste sébacé*, loupe du cuir chevelu.

— Kystes fluctuants multiples, donnant à la ponction un liquide limpide incolore = *ladrerie*.

— Nodosités, petites ou grandes, jaune-clair, soufre ou rosées, parfois plus foncées, évoluant chez des hépatiques, diabétiques, etc. = *xanthome*, *xanthélasma* (v. p. 740).

— Peau hypertrophiée formant des gros plis = *Dermatolysie*.

XIV. Infiltrations rouges, violacées, non aiguës, non fébriles, étendues en plaques diffuses, ou nettement arrêtées, ce qui élimine l'érysipèle, les dermatites par intoxication externe : teinture de cheveux, eau sédative, etc. (Voir leur diagnostic, p. 672).

1° *Placards infiltrés rouges, ou masses infiltrées dures, rouges ou violacées :*

— Mélange de séborrhée et d'acné, de pustulettes, et surtout d'érythème et de télangiectasies; évolution très lente chez des sujets atteints de troubles digestifs = *acné rosacée* ou couperose (v. p. 713).

— *Idem* avec hypertrophie conjonctive allant jusqu'à tuméfier et mamelonner le nez = *rhinophyma* (v. p. 713).

— Mélange d'érythème, de squames ponctuées (v. p. 544) et d'atrophie cicatricielle sans ulcération = *lupus érythémateux* (v. p. 544).

— Éruptions psoriasiformes, mais ne donnant pas au grattage les signes du psoriasis, très tenaces, rebelles aux traitements habituels des psoriasis = *parapsoriasis* (v. p. 40).

— Infiltrat papuleux ou nodulaire, rouge-cuivré, à tendance circinée; souvent, certains points deviennent des gommules (V. *Traitement de la syphilis*, p. 322) = *syphilides*.

— Lésions brun rouge, élastiques, anesthésiques = *lèpre* (v. p. 573).

— Infiltrats ou nodules rouges violacés à tendance érosive et végétante d'étiologie spéciale (v. p. 688) = *iodides et bromides*.

— Plaques plus ou moins diffuses infiltrées, froides, violacées, consécutives au froid = *Engelure* (v. p. 675).

— Plaques de même aspect que les engelures, mais persistant après l'hiver, ou indépendantes du froid; à tendance cicatricielle sans ulcération = *Lupus pernio* (v. p. 551).

— Plaque dure, souvent ligneuse, d'ordinaire rouge-violacé foncé, unique ou multiple, à caractères malins = *Épithéliome diffus* (v. p. 645); *Lymphadénome* (v. p. 659); *Sarcomatoses dermiques* (v. p. 656).

— Mêmes caractères de malignité, mais avec pigments noirs = *Sarcomatoses pigmentaires et nævocarcinomes* (v. p. 648).

— Mélange de tumeurs, d'éruptions prurigineuses diffuses, etc. (v. p. 661) = *mycosis fongoïde*.

— Plaques ou nodules associés à des signes d'anémie et de leucémie : splénomégalie, adénopathie, examen du sang = *leucémides* (v. p. 666 note 1).

2° *Lésions diffuses chroniques sans malignité, sans réaction inflammatoire, de teintes bleu-violacée ou blanche.*

— Cyanose réticulée, due à un défaut de circulation ou au froid = *livedo*.

— Simple teinte bleuâtre des extrémités, avec des taches

rouge-brique, maximum à l'extrémité des doigts = *acroasphyxie*.

— *Idem*, avec crises douloureuses, syncope locale (doigt blanc), gangrène symétrique = *asphyxie locale des extrémités* et *maladie de Raynaud*.

— Acrocyanose avec angiomes, kératomes, etc. (v. p. 552) = *angiokératome de Mibelli*.

— Acrocyanose, avec œdème et troubles trophiques variés, coïncidence d'autres lésions nerveuses = *main succulente des syringomyélies, des névrites, de la lèpre, etc.*

3° Il reste des faits inconnus appelés *érythèmes persistants*, quand la lésion reste fixe; *érythème diutinus*, quand l'érythème, très persistant, a pourtant une tendance migratrice ou une marche excentrique; ces lésions, souvent papuleuses et circonscrites, sont de nature indéterminée.

XV. Petites nodosités épidermiques et dermiques. On éliminera les *Nævi* (v. p. 730), *chéloldes* (v. p. 736), *xanthomes* (v. p. 740) et *pseudo-xanthome*, etc. (v. p. 741).

— Petite nodosité blanchâtre (ou rose, ou pigmentée), indolente, *pédiculée*, molle et flasque, de 2 à 10 et 20 millimètres, de durée indéfinie = *molluscum pendulum* (v. p. 730).

— Nodosité petite ou grosse, souvent assez mal délimitée à la vue, paraissant parfois jaunâtre à travers l'épiderme, centrée d'un point noir correspondant à l'orifice de la glande sébacée. Une pression vigoureuse fait sortir de cet orifice un cylindre de sébum. Le kyste incisé contient de la matière sébacée = *kyste sébace* (v. p. 736).

— Petites nodosités de 1 à 5 millimètres, blanches ou blanc-rosé, dures, siégeant sur la face antérieure du thorax, moins souvent sur les bras et le cou, plus ou moins nombreuses, de durée indéfinie = *hidradénomes* (v. p. 735).

— Petites nodosités de 4 à 10 millimètres, arrondies, indolentes, dures, plus ou moins mobiles, siégeant à la

face palmaire des doigts et des mains = *Kyste épidermique traumatique*.

— Petits kystes séreux de 2 à 8 millimètres, saillants, blanc-bleuâtre, siégeant surtout à la face = *hidrocystome* (v. p. 734).

— Grains blanchâtres ou jaunâtres de 0,10 à 2 millim. enchassés dans l'épiderme, énucléables avec une aiguille, brillants, siégeant au visage, chroniques = *milium* (v. p. 734).

— Élevures jaunâtres, translucides, molles, ressemblant à des vésicules, énucléables à la curette, conglomérées ou disséminées sur la face, le cou, les membres supérieurs = *dégénérescence colloïde du derme (colloïd milium)* (v. p. 734).

— Petits nodules de 1 à 5 millimètres, globuleux, perlés, ombiliqués, énucléables à la curette, auto-inoculables et inoculables, s'accroissant assez vite = *molluscum contagiosum* (v. p. 734).

— Petites nodosités agglomérées formant des placards et traînées mamelonnées, blanches ou rosées, mêlées de télangiectasies, siégeant à la face, sur les sillons nasogéniens et aux environs, de progression très lente = *adénomes sébacés* (v. p. 725).

— Petit nodule à la suite de piqure d'insecte ou d'écharde = *nodule d'enkystement*.

— Début par une pustulette d'acné, et associé à de l'acné vulgaire = *acné chronique fibreuse* (v. p. 353).

— Petit point rouge et squameux, induré, villeux, tendant à s'accroître, saignant facilement, prenant peu à peu les caractères épithéliomateux, ce qu'affirmerait la biopsie dans un cas douteux = *épithéliome naissant* (v. p. 644).

XVI. Dermatoses hyperkératosiques et verruqueuses (hypertrophie des papilles épidermo-dermiques), sèches, ou végétales, humides et suintantes.

1° *Congénitales* ou datant de la première enfance, s'accroissant peu ou extrêmement lentement = *navi verruqueux*,

isolés, ou disséminés, ou en bande zoniforme (v. p. 730) = *ichthyose hystrix* (v. p. 701), etc. = *kératomes palmoplantaires*, etc. (v. p. 706).

2° Acquisies :

a) *Sans réactions inflammatoires* : — circonscrites, papuleuses, saillantes, cornées = papillomes et verrues : *verruvulgaire* des mains, du cuir chevelu (v. p. 709).

— Petites, à peine saillantes, aplaties, siégeant à la face = *verrues planes* (v. p. 711).

— Aplaties, plus ou moins saillantes, grisâtres, souvent croûteuses ou grasses, de la face, du tronc = *verrues séniles, verrues planes surséborrhéiques* (v. p. 711).

— Condylomes acuminés inoculables = *papillomes génitaux*, etc. (v. p. 710).

b) *Pédiculées, saillantes, bourgeonnantes* = *Bourgeons charnus simples* et « *Bothryomycome* » (v. p. 417).

c) *Avec réaction inflammatoire* = *Dermatoses végétantes et verruqueuses parasitaires*.

— Évolution assez rapide, centrifuge, éléments bien cerclés, tendant à dessiner des contours polycycliques, croûtes souvent jaunâtres, fétides, suintantes; bords brusquement arrêtés, saillants = *Syphilides secondaires végétantes* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 276). et *syphilides tertiaires verruqueuses* (*id.*, p. 326).

— Évolution lente, sans tendance à la guérison spontanée; aspect livide, sec ou suintant, à fines papilles, souvent cicatrice centrale = *tubercules verruqueux* (v. p. 537).

— Évolution très rapide, ulcéreuse et pustuleuse = *lupus* et *tubercule fongueux de Riehl* (v. p. 554 note 1).

— Évolution rapide avec microabcès = *mycoses* : *sporotrichoses* (v. p. 694), *blastomycoses* (v. p. 605), *mycodermoses* et *mycoses inconnues* (fig. 114 bis et 114 ter) = *leishmanioses sudaméricaines* (v. p. 8 et 536).

— Évolution rapide, inflammatoire, pustulettes, suppuration en écumoire — *Trichophyties* : *Kérion* (pustules agmi-

nées formant un macaron bien délimité et *saillant*, v. p. 626).
Sycosis et *folliculites* (pustulettes disséminées) (v. p. 626).

— Début par une pyodermite, évolution rapide, puis transformation en lésion végétante ou verruqueuse torpide; lésions de pyodermites associées; guérison par les antiseptiques appliqués localement = *pyodermites* (*impetigo*, etc.), *verruqueuses*, sèches (v. p. 775).

— Végétations nées sur des pyodermites bulleuses, ecthyma, etc., parfois « dermite pustuleuse, chronique, en foyer à progression excentrique » (Hallopeau) = *pyodermites végétantes suintantes, humides ou croûteuses* (v. p. 417).

— Peau rugueuse, mamelonnée, devenant verruqueuse, grisâtre ou noirâtre, ou criblée de végétations rosées, etc., associée à un état éléphantiasique (v. p. 57) = *éléphantiasis végétants et verruqueux*.

— Origine exotique. Élevure conique rosée, à centre nécrosé et croûteux, qui s'étend, s'indure, formant des plaques papillomateuses de 1 à 6 millimètres, grisâtres ou rosées, croûteuses ou nues; parfois, contour polycyclique et soulèvement bulleux périphérique; tendance centrale à la régression; pas de cicatrice, mais macule pigmentaire = *Pian*¹.

— Évolution de six à douze mois, tendant spontanément à la guérison; forme arrondie, à bords irréguliers; base rouge de 1 à 4 millimètres, mamelonnée, à tendance ulcéreuse, cicatrice profonde = *Bouton d'Orient, de Biskra* (*Leishmaniose*) (v. p. 8, 506, 539 et fig. 104).

— Début par des folliculites cornées spéciales; siège dans les plis articulaires = *maladie de Darier* ou *psorospermose folliculaire végétante* (v. p. 492).

— Hyperkératoses coniques en clou de tapissier = *kératoses blennorragiques* (v. p. 383 et figure 52).

1. Voir les traités de pathologie exotique pour les boubas, *verruca péruviana*, etc.

— Lésion développée sur des placards papuleux ou sur des pustulettes, sur des bulles, chez des intoxiqués par l'iode, le bromure de potassium, ourlet pustuleux = *toxicodermies* (v. p. 688).

Il faut enfin éliminer, — les végétations secondaires à d'autres processus : ulcérations, ulcère de jambe, etc., à des bulles de pemphigus (pemphigus végétants, v. p. 265), etc., et dues sans doute à des infections secondaires; — les lichens cornés hypertrophiques en nappe (v. p. 281); — les angiokératomes de Mibelli (v. p. 552), etc.

d) *Cancéreuses*. Début par un papillome, par une « crasse » des vieillards, etc.; progression très lente, ulcération précocce, croûteuse; bord induré souvent en bourrelet; fréquemment perles blanches cornées, etc., et bientôt caractères cancéreux = *épithéliomes* (v. p. 645).

— Lésions sans réaction inflammatoire, diffuses, lésant au maximum les plis articulaires (aisselle), accompagnées de pigmentation noire et d'état cachectique = *acanthosis nigricans* (v. p. 724).

On éliminera le cancer arsenical (v. p. 690).

XVII. États éléphantiasiques, c'est-à-dire : Hypertrophie plus ou moins marquée, souvent énorme, des tissus hypodermiques, déformant le membre inférieur, le scrotum, les lèvres, caractérisé par un œdème dur, volumineux, mêlé de fibrose. La peau est mamelonnée, plissée par des brides fibreuses, il s'y ajoute inconstamment des trainées de lymphangites¹.

1. Le diagnostic est facile avec : le myxoœdème qui est généralisé, — les simulations (chapitre XXVI, p. 828), — le trophœdème de Meige (ou pseudo-éléphantiasis neuroarthritique), où le pied reste intact, où la peau reste lisse, de couleur normale, — les « pseudolipomes neuroarthritiques », presque toujours symétriques et sus-claviculaires, — les dermatolysies, presque toujours congénites, où la peau « relâchée », forme des plis épais, flasques, tombant sous l'influence de la pesanteur, etc.

Les causes sont diverses :

— E. à la suite d'opération = *E. par ablation des ganglions*, etc.; et *E. par injection de paraffine*.

— E. succédant à des érysipèles à répétition, à des lymphangites rouges, aiguës, ou à des infections « blanches » apyrétiques = *E. nostras à streptocoques*.

— E. de même pathogénie microbienne, le plus souvent streptococcique, mais sur terrain variqueux = *E. nostras variqueux* et *E. de l'ulcère de jambe*.

— E. apparaissant dès la naissance, et dû sans doute à des lymphangites intra-utérines = *E. congénital*.

— Affection exotique des pays tropicaux, procédant souvent par poussées fébriles lymphangitiques ou érysipéloïdes; embryons de filaire dans le sang pendant la nuit; association possible avec d'autres manifestations de filariose: chylurie, ascite et hydrocèle chyleuses, abcès filariens = *E. filarien*.

— E. consécutif à des chancres moux et à des adénites chancrelleuses = *E. chancrelleux*, dû au bacille de Ducrey.

— E. consécutif au lupus, à une tuberculose verruqueuse, à une lymphangite tuberculo-gommeuse; souvent les lésions tuberculeuses échappent à l'examen, et l'éléphantiasis tuberculeux paraît primitif; sa nature n'est révélée que par l'examen complet du malade, de ses poumons, etc., ou par une réaction tuberculinique = *E. tuberculeux des membres, de la vulve* (esthiomène).

— E. consécutif à des syphilides, même au chancre; mais, le plus souvent, il succède à des syphilides tertiaires cutanées, qui en font le diagnostic; parfois ces lésions cutanées échappent, et le diagnostic n'est fait que par la constatation d'ostéite, par les antécédents, par des malformations dentaires = *E. syphilitique*.

— E. consécutif et associé à des lésions lépreuses (v. p. 573) = *E. lépreux*.

— E. commençant par des nodules qui se fistulisent, et dont le pus contient des grains parasitaires colorés, jaunes, blancs, ou noirs, ou rouges = *E. des pieds de Madura, des actinomycoses*, etc. (mycétomes) (v. p. 606).

— E. commençant par des gommès, ou ostéites, ou verrucomes sporotrichosiques (v. p. 594), de caractères polymorphes le plus souvent = *E. sporotrichosique*.

— E. associé à des néoplasies, tumeurs du sein, adénites cancéreuses, sous-maxillaires, etc.; infiltrats souvent d'une dureté ligneuse = *E. cancéreux*.

XVIII. Ulcérations superficielles¹, ou profondes, limitées ou phagédéniques. Les causes sont très diverses et nous ne pouvons que les énumérer² :

— *Traumatiques* par frottement : bandage, chaussures, escharres des grabataires et des alités; par simulation ou hystérie.

— *Physiques* : brûlures, froidures, radiodermites aiguës et chroniques (v. p. 684).

— *Caustiques* : ulcérations professionnelles, arsenicales³, pigeonneau des teinturiers en peau (v. p. 670).

1. Le diagnostic des exulcérations se fait par les lésions associées ou antérieures (impetigo, eczéma, pemphigus) ou par la forme (herpès), ou par le siège (perlèche à la commissure labiale)

2. Rappelons ici l'utilité des greffes épidermiques dans la réparation des ulcères, notamment des greffes de poils (Carnot, *Paris Médical*, 14 janvier 1911), ou de l'épiderme de nouveau-né (Carrel). On se servira du vernis suivant pour recouvrir l'ulcère et protéger les greffons :

Paraffine fusible à 52°	189 gr.
— — — à 40°	6 gr.
Ciré	2 gr.
Huile de ricin	1 gr.

Rappelons aussi les excellents résultats des boues radioactives stérilisées et appliquées directement par exemple sur un ulcère variqueux.

3. Pouvant siéger non seulement aux mains, mais à la face et même aux organes génitaux.

— *Toxicodermiques* par ingestion de médicament : bromure, iodure, ergot de seigle (v. p. 684).

— *Microbiennes* purulentes ou non : ecthyma (v. p. 394) et autres pyodermites (v. chap. VII), abcès des morphinomanes, hydroa et herpès ulcérés infectés (v. p. 270), chancre mou ou chancrelle dû au bacille de Ducrey (v. *Traitement de la syphilis*, p. 229), chancre mixte (*idem*, p. 230), syphilides : chancre (*idem*, v. p. 218), syphilides secondaires (*idem*, v. p. 277), tertiaires (*idem*, v. p. 313), tuberculoses aiguës (v. p. 562), chroniques (v. p. 554) et même ulcères de jambe tuberculeux (v. p. 559), lupus ulcérés (v. p. 502), tuberculides papulonécrotiques ulcéreuses (v. p. 566), érythèmes indurés de Bazin ulcérés (v. p. 559), sporotrichoses (v. p. 592), actinomycoses (v. p. 609), etc., lèpre (v. p. 574), morve (v. p. 487), clou de Biskra (v. p. 506) ; fuso-spirilloles : ulcères des pays chauds, angines, balanites, etc. ; blennorragie (v. p. 383).

— *Ulcère chronique* (de jambe par exemple) provoqué par une pyodermite due aux cocci pyogènes de la peau (v. p. 417), par la syphilis (v. *Traitement de la syphilis*, p. 317), par la tuberculose (v. p. 559) et même par la sporotrichose.

— *Néoplasiques* (v. chap. XIX p. 644) : épithélioma (ulcus rodens ou ulcère épithéliomateux térébrant, etc.), sarcome, leucémie, mycosis fongoïde, etc.

— *Neurotrophiques* : ulcérations des névrites, maux perforants des diabétiques et tabétiques, des moignons des amputés, ulcérations des syringomyéliques, panaris de Morvan, gangrène symétrique des extrémités de Raynaud, etc.

XIX. Enduits pseudomembraneux = diphtérie et autres infections microbiennes (streptocoques, etc.), association fuso-spirillaire de Vincent, pourriture d'hôpital (v. p. 423), etc. ; mortifications par les caustiques, acides ou alcalins, etc., reconnues ou dissimulées (gangrène hystérique, fig. 53).

XX. Gangrènes (v. chap. VIII, p. 421).

XXI. Scléroses cutanées : sclérodermies et diagnostic des syndrômes voisins (chapitre XXII, p. 692).

XXII. Atrophies cutanées et cicatrices (chap. XXIII, p. 738).

XXIII. Télangiectasies (v. chap. XXII, p. 713).

XXIV. Pigmentation (v. chap. XXIII, p. 721).

XXV. Achromie avec ou sans pigmentation en d'autres points.

1° Achromie généralisée ou localisée sans pigmentation : congénitale = *albinisme* ; — acquise = *leucodermie*.

2° Achromie par large tache entourée presque toujours d'aréole pigmentée, peau non cicatricielle de consistance normale, larges éléments inégaux = *vitiligo* (v. p. 724) ; — éléments blancs, petits, pigmentation d'aspect réticulé siégeant au maximum au cou, puis à la partie supérieure du thorax, aux aisselles, etc. = *syphilides leuco-mélanodermiques* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 263) ; — achromie mêlée à des plaques anesthésiques et à des signes de névrite = *lèpre* (v. p. 571).

3° *Idem*, mais la peau est ou paraît cicatricielle = *cicatrices* syphilitiques, tuberculeuses (v. p. 738), mycosiques, de brûlures, etc.

4° Achromie avec peu ou pas de pigmentation, mais la peau n'a plus sa consistance normale, elle est ou épaissie et infiltrée ou atrophiée et cicatricielle :

a) *Achromies circonscrites en plaque, en trainées ou en bandes* :

— Plaques épaisses lardacées, blanc mat ou jaunâtre, ivoirines, fine bordure périphérique lilacée = *sclérodermie en plaques* (v. p. 694).

— Plaques déprimées atrophiques cicatricielles, les unes punctiformes comme le lichen plan, les autres larges comme les lichens annulaires ou obtusus, etc., et coïncidant

avec des lésions de lichen typique en d'autres points = *lichen plan atrophique* (v. p. 281).

— Plaques avec mélange d'érythème de squames, de ponctuations cornées = *lupus érythémateux* (v. p. 541).

— Aspect purement cicatriciel sans ulcération antérieure = *atrophie cutanée* (v. p. 738).

On éliminera : — les vergetures (par obésité, grossesse, croissance rapide) qui ont une forme allongée, striée ; — les cicatrices postsyphilitiques (v. *Traitement de la syphilis*, p. 314 et 289), posttuberculeuses (v. p. 740), postlépreuses), etc.

b) *Lésions diffuses à tout le corps ou à tout un membre, ou aux extrémités, ou à la face :*

— Peau épaissie, infiltrée, lardacée, blanchâtre, peu ou pas mobile sur les plans profonds = *sclérodermie généralisée œdémateuse* (v. p. 693).

— *Idem.* Peau amincie collée aux plans profonds = *sclérodermie* (v. p. 693).

— Lésions localisées aux extrémités, doigts fuselés : *sclérodermie symétrique des extrémités, sclérodactylie* (v. p. 693).

— Lésion localisée à la face = *sclérodermie faciale, hémia-trophie faciale* (v. p. 693).

*
* *

ENQUÊTE COMPLÉMENTAIRE

**Terrain cutané, troubles viscéraux,
étiologie et pathogénie,
essais thérapeutiques antérieurs.**

Même si ces examens ont déjà révélé la nature et la cause principale de la dermatose, il ne faut pas s'arrêter à ce diagnostic, qui ne nous donne que la cause principale de l'affection : par exemple, *lupus tuberculeux* ; il

faut étudier cette cause tuberculeuse et préciser les causes secondes. A plus forte raison importe-t-il de poursuivre l'enquête étiologique et pathogénique et de ne pas s'arrêter à ce premier diagnostic symptomatique ou lésionnel, si l'analyse et la synthèse morphologiques n'ont pas révélé les causes de la dermatose.

I. On étudiera le *terrain cutané* du malade, *l'état antérieur de son tégument* : ichthyose (v. p. 701), séborrhée (v. p. 327), pityriasis du cuir chevelu (v. p. 368); on recherchera ses *prédispositions cutanées* : prédisposition à s'eczématiser (v. p. 164), à s'infecter (v. p. 347), etc.

II. On pratiquera *l'examen complet* du malade, de *tous les appareils* (v. par exemple p. 174). On enquêtera en particulier sur l'alimentation qui souvent apporte des substances toxiques, sur les troubles digestifs, gastriques, intestinaux, hépatiques (d'où résulte une mauvaise élaboration des aliments qui deviennent des toxiques que n'arrêtent ni la muqueuse ni le foie), sur les fermentations intestinales productrices de poisons et sur la paresse intestinale (qui provoque la rétention, donc la résorption des substances fécales toxiques), sur les fonctions rénales et les émonctoires, en ne se contentant pas de la seule recherche du sucre et de l'albumine, sur les troubles glandulaires, notamment les troubles menstruels ovariens, thyroïdiens, sur l'activité circulatoire et les poussées fluxionnaires souvent entretenues ou rappelées par une épine irritative, sur la nutrition générale du sujet en étudiant ses échanges, sur la sensibilité nerveuse, sur son hygiène générale et locale, son genre de vie, etc.

III. On s'attachera à éclairer le problème *étiologique* et *pathogénique*, c'est-à-dire les causes et le mécanisme par lequel ces causes agissent. On ne négligera aucune cause,

car les plus minimes peuvent être importantes à corriger : causes prédisposantes et favorisantes, localisatrices, déterminantes, etc.

IV. On précisera l'action des divers *traitements déjà essayés* afin de juger des susceptibilités du malade et parce que certains traitements sont des modes de diagnostic.

V. Si les méthodes cliniques ne suffisent pas, il ne faut pas hésiter à user des *examens bactériologiques* ou histologiques souvent très simples : recherche des parasites dans les squames, cultures, inoculation au cobaye, réaction de Wassermann, biopsie et examen histologique d'un tissu suspect d'être cancéreux (v. p. 644).

En résumé, on doit procéder par deux grandes étapes : 1° reconnaître la lésion, 2° déterminer son étiologie et sa pathogénie et toujours on s'efforcera de ne pas s'illusionner par des mots savants qui voilent notre ignorance ; toujours on cherchera à faire la part du certain et de l'incertain, car c'est seulement ainsi que l'on déduira le pronostic et le traitement de l'affection.



LES ERREURS GRAVES DE DIAGNOSTIC

On aura présentes à la mémoire les *erreurs de diagnostic* dont les conséquences peuvent léser les intérêts du malade ; car il faut, en pratique, distinguer les « diagnostics indispensables » par leurs conséquences thérapeutiques, pronostiques, prophylactiques, etc., et les « diagnostics indifférents ». Ne pas faire un des premiers diagnostics constitue une faute grave ; ne pas faire un diagnostic de la seconde catégorie importe peu en pra-

lique, il suffit de rattacher l'affection au groupe thérapeutique dont elle dépend.

1° On pensera toujours à la syphilis et à l'hérédosyphilis, même quand un autre diagnostic a été déjà porté, car le polymorphisme de la syphilis est extrême (voir *Traité de la syphilis en clientèle*, 2^e édition). On recherchera la syphilis derrière un soi-disant lupus facial qui, méconnu, a détruit la paupière ou le nez, alors que le traitement mercuriel aurait arrêté rapidement ces ravages (v. p. 505); derrière un soi-disant lupus érythémateux qui s'éternise (v. p. 544), derrière l'impetigo le plus vulgaire (v. p. 387), les alopecies, les kératoses palmoplantaires, les onyxis, etc. Au moindre soupçon, on fera une séroréaction et surtout un traitement antisypilitique d'épreuve plus ou moins dissimulé. — Mais, inversement, on ne condamnera pas à la syphilis un homme porteur de pityriasis rosé de Gibert simulant une roséole (v. p. 206), une jeune fille atteinte d'acné faciale ressemblant à des papules syphilitiques (v. p. 355), une femme atteinte d'hydroa buccal (v. p. 470) ou d'une « langue géographique » rappelant des plaques muqueuses, un adulte souffrant de lichen plan buccal analogue à la leucoplasie syphilitique (v. p. 282), un enfant dont les fesses sont le siège de pyodermites papulo-érosives (v. p. 395), un jeune homme atteint de variole bénigne (v. p. 458), de varicelle, d'herpès ou de zona ophtalmique, etc. (v. p. 269 et 274).

2° On se souviendra de l'importance capitale du diagnostic de mycoses et surtout de sporotrichose (v. p. 592). En reconnaissant une sporotrichose, on évitera aux malades tous les inconvénients des diagnostics de syphilis, de tuberculose, de morve, etc. : on les sauvera d'une longue maladie, des menaces d'un avenir sombre et même d'amputation. On fera la culture et le traitement ioduré d'épreuve. Mais inversement on n'étiquettera pas sporotrichosique, un cancer, une tuberculose, car le traitement ioduré les aggraverait.

3° On se rappellera que les **teignes** ou **épidermites mycosiques** sont extrêmement polymorphes; on les démasquera derrière un intertrigo (v. p. 633), une dermite des orteils, derrière un soi-disant eczéma ou impetigo exulcéré ou pityriasis de la tête et des membres; car tous les champignons, même le favus, peuvent ne donner que des lésions squameuses (v. p. 630). Sans hésiter on recourra à l'examen des squames dans la potasse et au traitement d'épreuve. On pensera à ces teignes devant toute alopecie même cicatricielle (favus).

4° On saura reconnaître la **tuberculose** sous toutes ses formes, même les plus insignifiantes : coryza qui témoigne d'un lupus (v. p. 509), lichen scrofulosorum à peine visible (v. p. 564), lupus érythémateux qui semble n'être que de la couperose (v. p. 543). Mais inversement on ne condamnera pas à la tuberculose un adulte atteint de sycosis lupiforme (v. p. 408), une jeune fille sujette à des pyodermites ressemblant aux tuberculides papulonecrotiques (v. p. 567), etc.

5° On n'oubliera pas que les **bactéries pyogènes, streptococques, etc.**, peuvent donner des lésions squameuses ou des placards suintants (v. p. 398), surtout dans les plis cutanés qui, traités comme eczémateux, s'éternisent (v. p. 399); nombre desoi-disant eczémas séborrhéiques ne sont que des infections qu'il faut traiter comme telles (v. p. 782) et qui guérissent alors rapidement. Ces **épidermites microbiennes** ont pris depuis la guerre une importance capitale (v. p. 755).

6° On pensera systématiquement à la **gale**, aux **pédiculoses** devant tous les **prurits** quelle que soit la situation sociale du malade, sans parler des causes plus rares mais déroutantes telles que les contacts avec des chenilles, des primevères, etc. (v. p. 296). On n'oubliera pas de discuter le **caféisme**, le **diabète**, etc.; et surtout, terribles révélations que va faire faire le prurit, on songera au **tabes** (v. p. 298), au **mycosis fongoïde** (v. p. 298 et 661).

7° On ne méconnaîtra pas un **eczéma**, car, à l'irriter, on

risque de provoquer une poussée grave, extensive, et, à le supprimer trop rapidement, on risque une métastase viscérale (v. p. 172). Mais inversement on ne prendra pas pour un eczéma la dermite faciale provoquée par la teinture des cheveux (v. p. 672), l'exulcération cancéreuse du mamelon de la maladie de Paget qui, négligée, va envahir le sein (v. p. 648), une trichophytie (v. p. 629 et 633) ou une épidermite microbienne (v. p. 398) qui se joueraient des traitements antieczémateux.

8° On démasquera derrière une *pigmentation*, une **syphilis** secondaire, une **lèpre** (v. p. 571), etc. Mais inversement on ne prendra pas pour une maladie d'Addison la pigmentation phthiriasique de la maladie des vagabonds (v. p. 443).

9° On ne manquera pas de soupçonner un **cancer** devant une leucoplasie qui s'épaissit, une crasse sénile qui s'exulcère, un point lupique qui bourgeonne, une corne cutanée anodine, une soi-disant plaque sclerodermique bien nette et ivoirine (v. p. 649), un soi-disant eczéma du mamelon (v. p. 648), devant un *nævus* jusque là pacifique (v. p. 648), etc.

10° On se méfiera des **toxicodermies** parfois si déroutantes : antipyrïdes bulleuses et pigmentées, acné iodique, végétations bromuriques, pigmentation et cancer arsenicaux, etc., qu'il est facile d'arrêter ou de prévenir dès qu'on en a découvert la cause (v. p. 684).

11° On se rappellera que, même en France, nous trouvons des affections habituellement exotiques, **clou de Biskra** (v. p. 506), **lèpre** (v. p. 570), **rhinosclérome** (v. p. 583).

12° On saura reconnaître la vraie cause : des *pemphigus*, *ulcérations* et *escharres hystériques*, produits de la **simulation** ou du somnambulisme (v. p. 251); — des abcès multiples d'un **morphinomane** qui cache sa tare, — d'une **urticaire hydatique**, seul signe encore d'un kyste du foie (v. p. 298), — d'un *hydroa vacciniiforme* dû au soleil (v. p. 679, note 1), — d'un soi-disant *érysipèle facial menstruel* à répétition

provoqué par la teinture des cheveux (v. p. 672), — d'une ulcération torpide semblant peu dangereuse et morveuse en réalité (v. p. 486), — de nodosités torpides, cataloguées kystes ou fibromes et dues en réalité à des *cysticerques*, — de *diabétides* qui paraissent un furoncle banal, une simple balanite traumatique, un intertrigo vulgaire, etc.

13° On n'oubliera pas que des infections vénériennes — qui habituellement sont localisées aux organes génitaux — peuvent s'inoculer en d'autres points : *chancre mou* de la face ou des doigts, *kératose blennorragique* des pieds (v. p. 383), *papillomes vénériens* de la langue (v. p. 710).

14° Parfois il importe de poser un diagnostic d'urgence qui comporte un traitement et une prophylaxie d'urgence : pour un charbon (v. p. 483), une diphtérie cutanée (v. p. 425), un œdème de la glotte produit par une urticaire géante exaspérée par l'iodure de potassium (v. p. 286). Parfois, malgré l'absence d'un traitement spécifique, l'importance d'un diagnostic d'urgence ne s'en impose pas moins en raison des mesures prophylactiques rigoureuses et immédiates qu'il faut prendre : *variole*, *scarlatine*, *typhus exanthématiques* (v. p. 450, chap. X). Mais inversement il ne faut pas prendre un placard herpétique pour une pustule charbonneuse, un érythème mercuriel pour une scarlatine, une syphilis vésiculo-croûteuse pour une variole, une dermite par eau sédative pour un érysipèle.

15° Souvent, le diagnostic exact n'aboutit pas à une thérapeutique efficace et, malgré cette impuissance, il faut néanmoins faire le diagnostic car il comporte un pronostic réservé ou fatal; or, tout praticien sait qu'on lui en voudrait plus de ne pas avoir prévu que de ne pas avoir guéri : *mycosis fongicide* ou *tubercules*, cachés derrière un prurit diffus (v. p. 661), *leucémides* masquées par des folliculites (v. p. 666, note 1), *cancer mélanique débutant* qui semble n'être qu'un *nævus* (v. p. 648), *acrosarcome* (v. p. 657), *acanthosis nigricans* (v. p. 724), etc.; *dermatite exfoliatrice* (v. p. 320);

pityriasis rubra grave, toujours mortel (v. p. 321); *pityriasis rubra pilaire* (v. p. 242), *pemphigus* (v. p. 262) et maladies de Dühring (v. p. 257), etc.; *lupus érythémateux aigu* (v. p. 545), *morve aiguë* (v. p. 488), *septicémies* (v. p. 465), etc. Mais inversement on ne prendra pas pour une tumeur maligne ces affections encore mal connues et bénignes dites *sarcoïdes* (v. p. 536, note 1), etc.

16° Bien qu'il n'y ait pas de danger immédiat, le praticien saura reconnaître une *hémophilie* derrière un purpura, une *sclérodermie* souvent impossible à arrêter derrière des *télangiectasies* (v. p. 694), un *prurigo chronique* (dit de Hébra) incurable derrière un eczéma à répétition (v. p. 294), une *maladie de Dühring* qui dure toute la vie, derrière un herpès semblant bénin (v. p. 257), une *maladie de Raynaud* qui va s'affirmer incurable, derrière des troubles circulatoires d'abord légers des doigts (v. p. 693), etc.

17° Très souvent, surtout en clientèle féminine, on reprocherait au médecin de ne pas avoir prévu les dégâts d'une *dermatose inesthétique* : d'une *kératose pilaire faciale* (v. p. 704), d'une *couperose* (v. p. 713), d'une *alopécie séborrhéique* (v. p. 742); de ne pas avoir su arrêter les inoculations d'un *molluscum contagiosum* (v. p. 734), etc.; d'avoir enlevé au bistouri, sans autre précaution, une *chéloïde* qui récidive fatalement en grossissant (v. p. 736).

18° Certaines régions doivent faire penser à certains *diagnostics régionaux* d'importance capitale : au mamelon, maladie de Paget; à la langue, cancer et syphilis; au cuir chevelu, *péculose* et *teignes*; aux orteils, *trichophyties*; aux doigts, *onyxis syphilitiques*; aux ongles, *onychomycose*; aux paumes et aux plantes, *syphilides*, etc.

19° D'autres fois le diagnostic exact ne comporte pas de thérapeutique bien spéciale de la dermatose, mais il révèle une *cause cachée* : *érythème noueux* ou *polymorphe* causé par la tuberculose (v. p. 471) et parfois par la syphilis ou la lèpre; *pigmentation lépreuse*, *urticaire*

hydatique, xanthome diabétique, soi-disant zona à répétition témoin d'un mal de Pott larvé irritant une racine nerveuse, etc. Et peut-être sachant reconnaître cette cause de bonne heure, enrayerait-on les progrès de la maladie causale.

20° Enfin il faut reconnaître certaines **éruptions thérapeutiques** pour les guérir en supprimant la cause thérapeutique, pour graduer le traitement et le reprendre, ou même le continuer sans s'inquiéter de l'éruption thérapeutique : *érythème chrysophanique* chez un psoriasique (v. p. 233); *radiodermites* (v. p. 684); *éruptions sériques* (v. p. 687), etc.

Ce sont là les principales « fautes à éviter » que nous avons à dessein réunies dans cette rapide énumération afin d'en faire une sorte de memento. Chemin faisant, à l'étude de chaque problème de pratique, nous y insistons longuement; mais, dès le début, il fallait souligner qu'en négligeant le diagnostic des dermatoses, le médecin s'expose à des conséquences thérapeutiques, pronostiques, prophylactiques, souvent très graves.

CHAPITRE IV

ÉLÉMENTS DE PRONOSTIC

Pour porter le pronostic d'une dermatose, on s'appuiera sur des éléments divers, souvent complexes :

— 1° *Cause principale de la dermatose* : un prurit d'apparence banale qui fait découvrir un tabès, une éruption rouge prurigineuse diffuse qui annonce un mycosis fongöide ont beau sembler bénins, ils n'en témoignent pas moins d'affections très graves. Un urticaire qui révèle un kyste hydatique du foie, un furoncle qui fait reconnaître un diabète, montrent le contraste entre l'aspect insignifiant de la dermatose et la gravité des troubles internes, etc.

— 2° *Terrain général* : les troubles de nutrition diathésique empêchent la guérison de l'eczéma, etc.; et même lorsque la dermatose est guérie, il peut rester la menace d'un terrain pathologique : le lupique guéri reste suspect ou menacé de tuberculose, etc.

— 3° *Troubles viscéraux associés* : une insuffisance rénale arrête l'amélioration d'un eczéma, et la disparition de cet eczéma risque de provoquer des troubles viscéraux : métastases (v. p. 172). Une tuberculose pulmonaire empêche de guérir un sporotrichosique par l'iode (v. p. 601), etc.

— 4° *Circonstances étiologiques* : un médecin atteint d'eczéma des mains, forcé de se laver fréquemment les

maines au savon et même d'user d'antiseptiques, entretient son eczéma; un radiographe qui ne prend pas de précautions voit sa radiodermite s'aggraver; un ouvrier qui ne peut interrompre son travail voit la dermite de ses mains reprendre sans cesse, etc.

— 5° *Terrain cutané* : un séborrhéique est prédisposé à toutes sortes d'infections en surface : pityriasis capitis, alopecie séborrhéique, streptococcies, etc.

— 6° *Localisation* : un lupus à début endonasal est très difficile à détruire; un eczéma situé dans les plis cutanés tend à s'éterniser; une pyodermite inoculée sur un membre variqueux fera facilement un ulcère chronique; un zona ophtalmique risque de léser l'œil; une syphilide palpébrale ronge la paupière, etc.

— 7° *Evolution* : un eczéma, un prurit, un pemphigus, etc., qui récidivent sans cesse, sans causes nettes que l'on puisse combattre, indiquent une maladie grave chronique.

— 8° *Complications* : une dermatose venant compliquer une autre dermatose peut la rendre très grave ou rebelle au traitement : cancer greffé sur lupus, syphilis formant hybride avec un psoriasis, pyodermites se développant sur une séborrhée irritable de la face, etc.

— 9° *Traitements antérieurs maladroits* : un traitement antérieur irritant, mal gradué, peut avoir généralisé un eczéma; une dose trop massive de rayons X a tué les cheveux et provoqué une alopecie définitive; des séances trop répétées de rayons X ont fragilisé un lupus, si bien que la Finsenthérapie n'est même plus tolérée et produit des ulcères rebelles; des pointes de feu ont enfermé des grains lupiques dans une chéloïde où ils sont inaccessibles, etc.

— 10° *Réaction au traitement* : certains malades réagissent mal aux traitements même les mieux conduits : n'importe quelle application irrite cet eczémateux; dès

qu'on essaye un traitement actif, ce séborrhéique devient intolérant, etc.

— 11° *Intelligence et docilité du sujet* : il faut une patience et une confiance prolongées pour qu'un lupique s'améliore, puis guérisse. Dans un autre ordre d'idées, il faut qu'un malade comprenne bien les indications données par le médecin pour varier le traitement de son eczéma ou de son acné, car il est rare que le médecin répète ses visites et surveille chaque jour le malade pour une affection aussi bénigne.

— 12° *Variété de l'éruption* : certaines variétés de dermatoses sont plus bénignes ou plus graves : le lichen obtusus est plus grave que le lichen plan, etc.

Nombre de facteurs entrent encore en jeu : l'âge (pour le zona, par exemple), la saison (pour un prurit), etc., que révéleront l'examen complet du malade et l'évolution de sa maladie.

Enfin, si l'étude complète du malade permet souvent de pronostiquer la gravité d'une dermatose, réciproquement une dermatose permet souvent de prévoir avec grande probabilité des troubles internes qui n'apparaîtront évidents que de longues années plus tard : un xanthelasma peut précéder les autres manifestations cliniques d'une hépatite, un eczéma peut annoncer des troubles diathésiques ou rénaux encore latents. En un mot la dermatose devient un *signal avertisseur*, un « signal-symptôme » qu'il ne faut pas négliger (v. p. 203, 471, etc.); car, prévoyant ces troubles, on a chance de pouvoir les prévenir ou plutôt de les enrayer; tout au moins on peut espérer les retarder et les atténuer.

CHAPITRE V

RÈGLES GÉNÉRALES DE TRAITEMENT

I. TRAITEMENT GÉNÉRAL : 1° Traitement étiologique : antisyphtique, etc. (p. 75); 2° Traitement du terrain diathésique : arthritique, etc. (p. 76); 3° Régime alimentaire (p. 77); 4° Correction des troubles viscéraux (p. 77); 5° Traitements des causes secondes : prédisposantes, localisatrices, déterminantes (p. 78); 6° Médications dermatotropiques : arsenic, etc. (p. 78); 7° Médication contro-stimulante ou de choc (p. 78); 8° Médications substitutives (p. 78); 9° Traitements symptomatiques (p. 78); 10° Hygiène générale (p. 79).

II. TRAITEMENTS EXTERNES.

- = 1° *Les médicaments dermatologiques externes : corps inertes et excipients, corps actifs* (p. 79).
- = 2° *Les formes sous lesquelles on appliquera les médicaments : solutions, pâtes, pommades, etc.* (p. 80).
- = 3° *Modes d'application de ces médicaments* (p. 81): 1° Lavages; 2° Lotions (p. 81); 3° Pulvérisation; 4° Pansements humides (p. 82); 5° Cataplasmes (p. 83); 6° Bains avec toutes leurs variétés (p. 84); 7° Poudrages (p. 88); 8° Onctions : diverses méthodes d'applications des pommades (p. 89); 9° Badigeonnages (p. 89); 10° Attouchements (p. 89); 11° Cautérisations (p. 89); 12° Applications de colles, etc. (p. 88); 13° Douche filiforme (p. 89); 14° Enveloppement caoutchouté (p. 89); 15° Frictions (p. 89).
- = 4° *Les grandes médications dermatologiques externes : antiphlogistiques, calmantes, siccatives, etc.* (p. 90).

Règles du traitement externe : 1° Traitement local de la dermatose : utilité des essais progressifs et prudents; *importance de la forme médicamenteuse* et du choix des médications (p. 99); 2° Traitement des complications (p. 103); 3° Traitement du terrain cutané sous-jacent à la dermatose (p. 103); 4° Hygiène

cutanée du reste du tégument (p. 103); 5° Traitement local des affections qui peuvent entretenir la dermatose (p. 103); 6° Adaptation des médications à chaque stade de la maladie et à chaque segment cutané (p. 103).

III. HYGIÈNE GÉNÉRALE ET CUTANÉE A LA CONVALESCENCE ET APRÈS LA GUÉRISON (p. 104). Hygiène générale (p. 104). Hygiène locale : peau glabre, peau normale, peau grasse, peau sèche (p. 106); chevelure (p. 108).

C'est seulement après cette étude complète du malade, en particulier après une enquête étiologique et pathogénique approfondie que le médecin instituera le traitement. Il n'oubliera pas de s'enquérir des *traitements antérieurs*, de leurs effets heureux, nuls ou nuisibles, car il est inutile de recommencer des expériences antérieures : certains téguments supportent d'emblée un traitement actif qui fera gagner du temps; au contraire certains épidermes sont intolérants à des médications habituellement bien supportées. Chaque trouble pathologique doit être traité, mais si par cette thérapeutique complète, le traitement devenait trop complexe, le médecin irait au plus pressé, il commencerait par traiter les troubles les plus importants, les plus urgents, en se guidant d'après les règles générales suivantes :

I. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Le traitement général, qui est avant tout étiologique et pathogénique, doit être institué même dans les dermatoses les plus localisées, car il est bien rare que la notion de terrain n'intervienne pas (v. p. 22).

1° *Traitement étiologique* interne des causes majeures : *traitements anti-syphilitiques* (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 49 à 211) et *traitements arsénio-stibiés* des

dermatozooses (v. p. 8); *traitement iodo-ioduré des mycoses* (v. p. 597); *traitement antituberculeux* (v. p. 529) et *antilépreux* (p. 577); *traitement anti-infectieux* dans les grandes infections septicémiques (v. p. 475) et dans les affections bénignes : furunculoses, etc., par les vaccins (v. p. 414), par l'étain, etc. (v. p. 410); *traitement du charbon*, de la *diphthérie*, par les sérums anti-charbonneux et la pyocyanase (v. p. 484) par le sérum antidiphthéritique; *traitement de désintoxication* dans les toxicodermies (v. p. 174); *traitements anticancéreux* internes, encore bien incertains, par les sels de radium et de sélénium, par les silicates, par des vaccins désensibilisants (v. p. 655), etc.

2° Traitement du terrain diathésique. — *Terrains dits arthritiques*, que l'on traite avant tout en corrigeant l'auto-intoxication (voir eczéma p. 174), et avec toutes leurs variantes : *arthritiques hyperacides et goutteux* (v. p. 180); *arthritiques congestifs* hémorrhoïdaires, variqueux, etc., qui sont corrigés par les vasomoteurs : hamamelis, hydrastis, etc. (v. p. 260); *arthritiques obèses* justiciables surtout du régime de restriction alimentaire¹; *arthritiques artérioscléreux*, qui sont modifiés par les iodures, par les cures hydrominérales; *arthritiques nerveux excitables* (v. p. 177) justiciables de l'hydrothérapie, de la cure de climat, des calmants, valériane, etc.; *arthritiques hypopiques* qui se trouvent bien de l'acide phosphorique (v. p. 180) et du jus de citron; *arthritiques déprimés* qui affectionnent les glycérophosphates de chaux, kola, coca, etc.; *arthritiques hépatiques* que l'on transforme par de petites doses de calomel (0,01 à 0,03), etc. — *Terrains diabétiques, urémiques*, etc. — *Terrains scrofulo-lymphatiques et tuberculeux* (v. p. 529). — *Terrain syphilitique*. — *Terrain paludéen* que l'on corrige

1. Mais on se méfiera que souvent l'obésité est une réaction de défense qu'il faut ménager par conséquent et ne corriger que lentement (voir Gougerot, *Journal des Praticiens*, 1915, n° 36, p. 561).

par la quinine et les préparations de quinquina, l'arrhénal, etc. Car, même lorsque la tuberculose, la syphilis, le paludisme ne sont pas cause d'une dermatose, par exemple d'un eczéma, on hâte la guérison de cette dermatose en modifiant le terrain, etc. Ces terrains seront traités comme d'habitude, c'est-à-dire surtout par le régime alimentaire et le genre de vie (voir Fiessinger, 20 régimes), parfois par des médications, souvent par des cures hydro-minérales. Il n'y a là rien de spécial à la dermatologie.

3° Régimes alimentaires. — Les restrictions alimentaires répondent surtout à une notion étiologique : éviter l'auto-intoxication dans l'eczéma et les prurits, etc. (v. p. 174); éviter les aliments anaphylactisants dans l'urticaire; supprimer les excitants : thé, café, vins, alcools, chez les nerveux, etc. On dressera avec soin la liste des *aliments permis* et *défendus* en s'aidant des notions générales acquises sur la dermatose à traiter et surtout sur l'expérience antérieure d'un malade raisonnable et observateur; car tel aliment toléré par l'un est nuisible à un autre.

4° Correction des troubles viscéraux : — *digestifs* (v. p. 175); — *intestinaux* (v. p. 176) en apportant grande attention aux fermentations intestinales qui augmentent l'intoxication et à la constipation qui augmente la résorption des poisons, d'où l'utilité même *a priori* des laxatifs et des lavages intestinaux; — *troubles rénaux* (v. p. 176); — *hépatiques*; — *glandulaires internes*¹ menstruels et utérins (v. p. 180); — *troubles circulatoires*, qu'il s'agisse de stase dans les membres inférieurs, de troubles vasomoteurs de la face (v. p. 712), d'urticaire (v. p. 303) que l'on modifiera par l'adrénaline, la quinine, etc.; — *troubles nerveux* (v. p. 177), etc. Le médecin mettra en œuvre toutes ses ressources de pathologiste.

1. L'opothérapie glandulaire est la forme habituelle de cette médication, mais on commence à user de sérum humain normal.

5° Traitements des circonstances étiologiques et des causes secondes, prédisposantes, localisatrices, déterminantes : émotions, excès alimentaires, savonnages, frottements, etc.

6° Médications dermatotropiques, c'est-à-dire médicaments qui passent pour avoir une action heureuse sur la nutrition et la trophicité du tégument : l'arsenic a une réputation classique et justifiée; la vieille médecine usait de l'iode, des herbes : salsepareille, etc. La médecine moderne aime employer de faibles doses de corps thyroïde, etc.

7° Médications contro-stimulante ou de « choc ». Par exemple au début du flux congestif d'un eczéma aigu, les auteurs anglais emploient volontiers le tartre stibié (0,001 à 0,005 trois fois par jour) sans doute pour tenter une action contro-stimulante comme on le donnait autrefois à hautes doses dans la pneumonie. C'est par un phénomène analogue de choc, sans doute auto-anaphylactique, que doivent surtout agir les injections au malade de son propre sérum qui dans certains prurits et pemphigus, eczéma, auraient donné quelques améliorations ?

8° Médications substitutives. — On cherche à substituer à une dermatose gênante un trouble moins désagréable : flux intestinal, etc., et notamment la sécrétion d'un *cautère* (v. p. 173). Inversement dans certains cas de troubles généraux graves survenant au décours d'une éruption, on aura intérêt à rappeler cette éruption par des sinaspismes, etc. (v. métastases de l'eczéma, p. 172, du psoriasis, p. 219, de la rougeole, p. 476).

9° Traitements symptomatiques : par exemple on diminuera la fièvre par la quinine, les phénomènes infectieux, soit par les injections d'électrargol ou de cyanure de mercure, soit par les frictions de collargol ou de mercure, les douleurs par les analgésiques et l'électrisation (voir zona, p. 276), les hémorragies d'un purpura par les hémostatiques (v. p. 476), les troubles anémiques par les ferrugineux, etc. Il n'y a là rien de spécial à la dermatologie, on fera simple-

ment attention à ne pas user de médicaments qui peuvent être mal supportés par la peau : antipyrine, etc.

10° **Hygiène générale.** — On réformera les erreurs d'hygiène générale : sommeil insuffisant, défaut d'exercice physique, surmenage mondain, alimentation trop carnée, gavage alimentaire, mastication insuffisante, alcoolisme, caféisme, théisme mondains, etc.



II. — TRAITEMENT EXTERNE

Il faut d'abord connaître les matières ou corps employés et les procédés de traitement; ensuite on pourra établir les règles du traitement externe.

Cette étude comprend quatre parties : — 1° les médicaments dermatologiques externes : corps inertes ou excipients et corps actifs ; — 2° les formes sous lesquelles on appliquera ces médicaments : solutions, pâtes, pom-mades, emplâtres, etc. ; — 3° les méthodes d'application de ces médicaments : lotions, pulvérisation, pansements, bains, onction, etc. — 4° Le groupement de telles ou telles applications de tel et tel médicament poursuivant un même but constitue ce qu'on appelle une médication : par exemple, médication antiphlogistique, médication antiseptique, etc.

= 1° **Les médicaments dermatologiques externes.**
Les produits employés en dermatologie sont très nombreux.

Les uns sont des corps actifs agissant surtout par leurs propriétés chimiques (huile de cade, soufre, acide salicylique, etc.).

Les autres sont des corps *inertes* agissant surtout par leurs propriétés physiques; tantôt ils sont employés purs, constituant des calmants, etc. : eau pure, poudre d'oxyde de zinc, etc.; tantôt ils servent d'excipients, de vecteurs à des corps actifs, pour diluer ces corps actifs, modifier ce qu'aurait de brutal leur action si on les employait purs et rendre plus pratique ou plus propre leur application.

Dans une préparation active il faut donc distinguer l'excipient et les corps actifs. L'étude des excipients et des corps actifs sera détaillée au chapitre suivant : manière de formuler, etc. (p. 110); leurs indications seront données à chaque problème de pratique (2^e partie de ce livre).

== 2^o **Formes sous lesquelles on appliquera les médicaments.** Ces formes sont variables et possèdent des actions très différentes (v. p. 99).

— *Solutions* aqueuses, huileuses, alcooliques, etc., par exemple solution de polysulfure dans l'eau, etc. (v. p. 338).

— *Suspensions* : par exemple : poudre de soufre mise en suspension dans l'eau ou dans l'huile, etc. (v. p. 340).

— *Émulsion* : par exemple : huile de cade émulsionnée, c'est-à-dire divisée en gouttelettes très fines qui restent en suspension dans un liquide aqueux (v. p. 228).

— *Poudres* : matières pulvérisées très finement et sèches; par exemple : poudre d'oxyde de zinc, d'amidon, etc. (v. p. 116).

— *Crèmes* ou mélanges de corps gras non irritants avec de l'eau (v. p. 119) : par exemple les crèmes à la vanille (mélange d'eau et de lanoline); les cérats (mélange d'eau et de cire), les cold creams (mélange d'huile, de cire, de blanc de baleine et d'eau), le liniment oléocalcaire (mé-

lange d'huile et d'eau de chaux), la « pommade » de concombres, etc.

— *Pâtes* : mélange de corps gras et d'une forte proportion de poudre ($1/3$, $1/2$, $2/3$ de poudre pour $2/3$, $1/2$, $1/3$ de corps gras), par exemple pâte à l'oxyde de zinc, etc. (v. p. 121).

— *Pommades* : mélange d'un corps gras onctueux (pommade ordinaire) ou solidifié (pommade en bâton) et d'un corps actif avec une faible proportion de poudre ($1/10$ au maximum) (v. p. 126).

— *Vernis solubles dans l'eau à la caséine*, etc.; *colles à la gelatine* formant des enduits faciles à appliquer (v. p. 128).

— *Sparadrap-emplâtres, épithèmes ou emplâtres caoutchoutés* : médicaments étalés sur un tissu de lin ou sur une mouseline imprégnée de caoutchouc (v. p. 130).

— *Vernis insolubles dans l'eau* : traumaticine (= gutta percha dissoute dans le chloroforme : v. p. 133), collodion ou pellicules adhésives (= fulmicoton dissous dans l'éther et l'acétone) (v. p. 130).

— *Savons* : sels de soude ou de potasse des acides gras (v. p. 133).

== 3° **Modes d'applications de ces médicaments et de ces formes médicamenteuses.** Les principaux modes d'application sont les suivants :

1° **LAVAGES** : avec l'eau pure ou avec une solution aqueuse d'un sel : borate de soude, etc. On fait dissoudre, au moment de l'emploi, un paquet contenant le médicament, ou on ajoute à un litre d'eau bouillie une quantité déterminée, une cuillère par exemple, d'une solution mère concentrée du médicament.

2° **LOTION** : avec l'eau chaude ou tiède qui dilate les vaisseaux, avec l'eau froide ou très chaude qui les contracte, avec une solution aqueuse ou hydroalcoolique d'un corps

actif, avec une suspension ou avec une émulsion d'un médicament, etc.

Les lotions sont faites avec une éponge ou un gant-éponge sur une grande surface, avec un tampon d'ouate ou avec un blaireau doux (v. p. 335) sur une petite surface.

Sur une peau irritable, on doit lotionner doucement, tamponner, sans frotter. Sur une peau non irritable, on a intérêt à frotter pour faire mieux pénétrer le médicament.

Tantôt on assèche avec une serviette, avec un tampon de coton, tantôt on laisse la lotion sécher sur la peau sans l'essuyer.

3° PULVÉRISATION : Ce mode d'application est excellent dans toutes les dermatoses irritables (eczéma, v. p. 183), ou enflammées (pyodermites, v. p. 389, etc.). On fait des pulvérisations avec le pulvérisateur à vapeur des oto-rhino-laryngologistes, ou avec le pulvérisateur à main et à poire de caoutchouc. On se sert d'eau pure ou médicamenteuse : eau sulfureuse, décocté de pavot (v. p. 307) et parfois même de mélange anesthésique (v. urticaire p. 312). La vapeur ne doit pas donner l'impression d'être trop chaude, la pulvérisation durera de dix à vingt minutes.

4° PANSEMENTS HUMIDES : Ces pansements permanents sont faits avec des compresses de tarlatane pliées en 16 épaisseurs et sans apprêt, imbibées soit d'eau bouillie pure, soit d'eau salée isotonique, soit d'une solution médicamenteuse, le plus souvent solution aqueuse, parfois *liniment oléo-calcaire* (v. p. 262) ou émulsion grasseuse¹.

On recouvre ces compresses d'un imperméable (taffetas-chiffon), quand il n'y a pas d'infection épidermique et l'on maintient par une bande peu serrée.

Si l'on veut éviter l'assèchement trop rapide, on recouvre

1. Il faut éviter les infusions, qui sont des bouillons de culture et l'acide borique, antiseptique, illusoire et irritant. L'eau salée convient bien dans les ulcérations, les radiodermites, etc.

les compresses, très humides, d'ouate hydrophile imbibée et exprimée, puis d'ouate non hydrophile sèche et on met l'imperméable par-dessus.

Si au contraire, on craint la macération de l'épiderme, ou l'étuvage des microbes épidermiques, on augmente l'épaisseur des compresses bien exprimées, on recouvre d'ouate non hydrophile sèche et on ne met pas d'imperméable; dans le cas de pyodermite on a avantage à ajouter quelques gouttes d'eau d'Alibour, au liquide.

Le pansement humide peut être appliqué par-dessus un poudrage ou par-dessus une couche épaisse de pâte de zinc (eczéma, etc.).

Le pansement humide ne doit pas, dans les dermatoses irritables (eczéma), dépasser la lésion; les compresses seront donc taillées sur la forme et les dimensions de l'eczéma, et il sera utile de protéger avec une pâte inerte les segments cutanés environnants restés intacts.

On renouvelle le pansement, 1, 2, 3 fois par jour.

Pour éviter l'infection, une excellente pratique est de faire une pulvérisation avant chaque pansement.

5° CATAPLASMES de fécule de pomme de terre : Ces cataplasmes, les seuls qui soient recommandables en dermatologie, doivent être froids, fermes et élastiques; ils ont une action antiphlogistique, calmante, évidente, à laquelle on recourra quand les pansements humides ne soulagent pas, ou sont incommodés à placer (furoncles).

On délaye lentement deux cuillerées de fécule dans un bol contenant quatre cuillerées d'eau froide ou à peine tiède; on peut ajouter un peu de glycérine neutre ou un médicament, par exemple, 0 gr. 10 % de cyanure de mercure. Quand il n'y a plus de grumeaux, verser ce mélange dans une casserole contenant 16 cuillerées d'eau bouillante, agiter vivement, mettre sur le feu en continuant de remuer; au bout d'une à deux minutes, enlever du feu. Étaler im-

médiatement la gelée chaude qui vient de se former sur de la tarlatane (préalablement bouillie pour la « désap-prêter » et la stériliser), en couche de 5 à 15 millimètres; laisser refroidir. On peut en préparer plusieurs d'avance pour la journée.

On les taille de la grandeur et de la forme exactes de la lésion afin d'éviter l'extension du processus; on enduit le bord de la région avec du cold-cream ou avec une pâte à l'oxyde de zinc afin qu'en séchant le cataplasme ne colle pas à la peau. On maintient par une bande sans mettre d'imperméable.

On les renouvelle toutes les deux heures, plus souvent même si le cataplasme tend à sécher, car tout cataplasme qui s'échauffe devient irritant.

On peut se servir aussi de farine de seigle, de mie de pain, de lait, etc.

On vend des préparations analogues toutes préparées et qu'il suffit de mouiller : par exemple l'*ouataplasme* qui est intermédiaire entre le pansement humide et le cataplasme.

6° BAINS LOCAUX ET GÉNÉRAUX *d'eau pure ou additionnée de médicaments. Bains d'eau minérale.* Les bains sont courts ou prolongés et même continus : les bains continus sont donnés dans les pemphigus, les dermatites exfoliatrices, etc., avec de l'eau pure ou de l'eau minérale (Louèche). Le malade couche et mange dans sa baignoire.

Les bains ne doivent être prescrits qu'après réflexion, car dans beaucoup de cas ils aggravent certaines dermatoses et font naître de l'eczéma, des pyodermites... Au contraire dans les dermatoses non irritables, leur action est des plus heureuses (v. p. 228). Aussi, à propos de chaque problème clinique, avons-nous discuté les indications des bains.

On se souviendra que plus un bain est chaud et prolongé, plus l'action est marquée. Mais un bain de température

supérieure à 32-34°, risque de produire une poussée d'eczéma sur une peau irritable¹.

I. Bains émollients calmants, antiprurigineux. — *Bains d'amidon* : Délayer lentement et faire gonfler 500 à 1 000 grammes d'amidon dans deux à trois litres d'eau à peine tiède, puis ajouter quatre à six litres d'eau très chaude en agitant et alors seulement verser dans la baignoire remplie d'eau à 34° environ. Durée quinze à vingt minutes. On peut ajouter 500 à 1 000 grammes de glycérine (*Bains d'amidon glycinés*) (voir prurit p. 306, ichthyose p. 702).

— *Bain de son* : Verser dans un sac de toile 5 à 10 litres de gros son, nouer le sac, le faire bouillir trente minutes dans une marmite pleine d'eau; verser le tout, eau et sac dans la baignoire et presser de temps en temps le sac afin de mélanger (voir prurits p. 306). On peut y ajouter 1 000 grammes de vinaigre (*bains vinaigrés*).

— *Bains émollients* : Faire bouillir dans 5 litres d'eau 2 000 grammes d'espèces émollientes et 250 grammes de graines de lin contenu dans un sac de linge, etc. (voir ci-dessus bain de son).

Même préparation pour les bains de camomille (1 000 gr.) de tilleul (1 000 grammes) etc. (v. prurit p. 306).

— *Bains de gélatine* : Dans une grande casserole remplie de 3 litres d'eau froide, couper en lanières et faire tremper une heure, 500 grammes de gélatine blanche; puis chauffer en remuant lentement. Quand la dissolution est complète, verser immédiatement dans le bain à 34° en agitant (v. prurits p. 306, ichthyose p. 702).

II. Bains décapants. Ces bains servent au nettoyage d'une peau trop grasse, séborrhéique, d'une peau squameuse (v. psoriasis, p. 225). On emploie des solutions médicamenteuses ou des eaux minérales : Vichy, Vals, etc.

1. On parfume les bains au lilas avec 5 grammes de terpinéol (Laire), — à la verveine avec 10 grammes d'essence de verveine, — au trèfle orchidée avec 2 à 5 grammes de salicylate d'amyle, etc.

— *Bains d'eaux minérales chlorurées sodiques faibles* : Bourbon-Lancy, Bourbon-l'Archambault, Luxeuil; *eaux bicarbonatées calciques* de Sail-les-Bains; *eaux thermales simples* de Neris, Plombières, Bagnoles-de-l'Orne, etc.

— *Bain alcalin-carbonaté* : 50 à 250 grammes de carbonate de soude par bain. Une dose plus élevée est inutile et nuisible car elle irrite.

— *Bain alcalin-boraté* : 100 grammes de borate de soude.

— *Bain de Pennès* (ou alcalin aromatique). Verser dans le bain, le mélange suivant :

Bromure de potassium.	} ââ	1 gr.
Carbonate de chaux.		
Carbonate de soude.		300 gr.
Phosphate de soude.		8 gr.
Sulfate de soude.		5 gr.
Sulfate d'alumine.		1 gr.
Sulfate de fer.		3 gr.
Huile soluble de {	Lavande.	} ââ 1 gr.
	Romarin.	
	Thym.	
Teinture de staphisaigre.		50 gr.

(Ce bain passe pour avoir en outre une action tonique et calmante sur le système nerveux.)

III. Bains sulfureux : Ces bains sont des adjuvants utiles dans toutes les affections où le soufre et les sulfures sont indiqués : seborrhée, pityriasis, acné, psoriasis, gale, etc. On emploie des solutions médicamenteuses ou des eaux minérales : Barèges, Luchon, Cauterets, Uriage, Ax, Olette; eaux chaudes : Amélie-les-Bains, Le Vernet, Saint-Sauveur, Moligt, La Preste, etc.

— *Bain sulfureux* : Faire dissoudre 30 à 100 grammes de polysulfure de potassium.

— *Bain dit de Barèges* : Faire dissoudre :

Monosulfure de sodium.	60 gr.
Chlorure de sodium.	60 gr.
Carbonate de soude.	30 gr.

On peut lui associer la dissolution de gélatine (v. p. 85), que l'on verse après dissolution des sulfures.

IV. Bains toniques : Ils sont recommandés dans les prurigios chroniques infantiles, chez des scrofulo-lymphatiques, chez les affaiblis à peau non irritable. On emploie des solutions médicamenteuses, l'eau de mer, les eaux salées naturelles : Salies-de-Béarn, Briscous-Biarritz, Salins-Moutiers, Salins du Jura, Bourbonne-les-Bains, etc.

— *Bains salés* : 1 à 7 kilogrammes.

— *Bains de mer artificiels* : Faire dissoudre dans le bain :

Sel marin	8 000 gr.
Sulfate de soude cristallisé	3 500 gr.
Chlorure de calcium	700 gr.
Chlorure de magnésium	2 000 gr.

— *Bains arsenicaux* : Eau de La Bourboule, du Mont-Dore, ou 5 à 10 grammes d'arséniate de soude pour un bain.

V. Bains antiseptiques. On les utilise parfois dans les pyodermites, la syphilis, etc :

— *Bains à l'eau d'Alibour* ; *bains de sulfate de zinc*, etc.

— *Bains de sublimé* : Verser dans le bain (pas de baignoire étamée ou à métal nu) :

Chlorhydrate d'ammoniaque . . .	} à à 15 à 30 gr.
Sublimé	
Eau distillée	300 gr.

Et surtout bains au permanganate de potasse 0^{sr},05 à 0^{sr},20 par litre (Balzer) ou au sulfate de cuivre 0,01 p. 100 (De Hérain).

VI. Bains réducteurs : — faibles (bains au goudron, v. p. 229, à l'ichthyol, etc., dans l'eczéma, les prurits); — moyens (bains à l'huile de cade, v. p. 228); — forts (bains chrysophanique p. 232, pyrogallique p. 233) dans le psoriasis et les affections non irritables : lichen.

— *Bain de goudron*. La technique est très spéciale

(Leistikow); on enduit, avant le bain, le corps du malade avec :

Goudron de houille brut lavé	300 gr.
Alcool à 95°.	200 gr.
Éther sulfurique.	100 gr.

On laisse sécher, puis le malade entre dans un bain simple et y reste une à plusieurs heures.

— *Bain ichthyolé* 250 à 300 grammes d'ichthyol par bain : 15 à 60 minutes.

— *Bains de boues* de Dax, etc., dans les lichens, les lichénisations, les ulcères.

7° **POUDRAGE** : Application de poudres sèches, soit avec les doigts, soit avec un tampon de coton ou un « pompon », soit avec un flacon poudreur ou un pulvérisateur.

8° **ONCTION** : Application de corps gras ou onctueux (glycérine, etc.), soit avec la main, soit avec un tampon d'ouate, soit avec une brosse douce ou dure, soit avec un pinceau plat et large. Un pansement est le plus souvent nécessaire pour éviter les taches.

On sait l'importance du caractère occlusif d'une pommade ou de la perméabilité d'une pâte (v. p. 99). *Le mode d'application peut faire varier les propriétés de la préparation.*

Une *pommade* enduite en couche épaisse et recouverte d'un papier à cigarette, de papier de soie (ou même d'un taffetas) représente le maximum d'occlusion; une couche moyenne recouverte d'une toile, de gants de fil, de chaussettes larges pour les mains et les pieds, d'un maillot pour le thorax, d'un caleçon collant pour le bassin et les membres inférieurs, représente un degré moyen d'activité et d'occlusion. Une couche mince recouverte abondamment de poudre, puis de toile fine, donne le minimum d'occlusion.

Les *pâtes* sont étalées de manière à faire une couche mince ou épaisse. La couche mince forme plus ou moins rapidement un enduit adhérent et sec. On peut poudrer

par-dessus avec une poudre inerte et l'on protège avec des bandes ou des compresses de toile usée, etc.

9° **BADIGEONNAGE** avec un soluté, par exemple nitrate d'argent (v. p. 187), avec un pinceau ou un tampon monté.

10° **ATTOUCHEMENTS** avec une solution ou un corps antiseptique : eau d'Alibour, teinture d'iode, etc., au moyen d'une allumette en bois ou avec un peu d'ouate roulé à l'extrémité d'une allumette ou d'une tige métallique.

11° **CAUTÉRISATIONS** avec un crayon de nitrate d'argent, puis de zinc métallique (v. p. 394).

12° **APPLICATIONS** de *colles à la gélatine* (v. p. 311), de *goudron* (v. p. 186), de *collotions* (v. p. 230), de *traumaticines* (v. p. 235), d'emplâtres (v. p. 234), de pellicules radifères (v. lupus p. 521, cancer, cheloïdes, etc.).

13° **DOUCHE FILIFORME** : Projection d'un jet de liquide fin sous une très forte pression, par exemple d'eau sulfureuse (v. p. 314, lichénisation).

14° **ENVELOPPEMENT CAOUTCHOUTÉ** : Procédé très vanté autrefois et de moins en moins employé (v. p. 197), utile cependant pour décaper des lésions rebelles.

On applique directement, sur le tégument lavé, une lame caoutchoutée *sèche*, plane, ou mieux moulée sur la région, de la grandeur exacte des lésions. On la laisse un temps variable. Quand on l'enlève, on lave aussi rapidement que possible pour ne pas laisser la peau malade au contact de l'air et on applique une nouvelle lame caoutchoutée propre, ce qui permet de nettoyer la première lame caoutchoutée pendant la deuxième application. Ce traitement, employé dans les eczéma rebelles, doit être cessé dès que l'eczéma ne suinte plus que peu de sérosité.

15° **FRICTION** : — avec une solution aqueuse ou alcoolique, pour avoir une action plus active qu'avec une lotion ; — avec un corps gras renfermant des corps actifs

pour le faire absorber (frictions mercurielles dans la syphilis); — avec un glycérolé, une pommade etc., pour que le médicament pénètre davantage que par simple onction — avec un savon ou un mélange analogue pour décaper les lésions (traitement de la gale); — avec un savon ponce ou de poudre de marbre pour enlever des squames, user des épaissements cornés (kératoses, p. 707).

= 4^e Les grandes médications dermatologiques externes.

On a groupé sous le nom de médication les divers médicaments et formes médicamenteuses qui s'adressent à un même syndrome, quelle que soit la cause qui a produit ce syndrome. Par exemple, peu importe que l'inflammation cutanée soit aseptique comme dans l'eczéma aigu, ou septique comme dans l'érysipèle; ce qui domine le problème thérapeutique c'est de combattre l'inflammation aiguë, et tous les moyens locaux utilisables en pareil cas constituent ce qu'on appelle la médication antiphlogistique, etc.

On a ainsi toute une série de grandes médications dermatologiques applicables à des dermatoses d'origine différente, pourvu qu'elles possèdent le même caractère dominant.

Médications antiphlogistiques (v. p. 183). Son but est de combattre l'inflammation aseptique (eczéma aigu) ou septique (érysipèle), de calmer la douleur, la tension, la congestion: d'où les noms de médication *émolliente*, *résolutive*, *décongestionnante*. Elle emploie les pulvérisations (v. p. 183) et pansements humides à l'eau bouillie, etc. (v. p. 183, 82), les lotions et les bains (v. p. 84), les cataplasmes (v. p. 83), parfois plus commodes à placer et mieux tolérés que les pansements.

Médications calmantes. Son but est de calmer l'irritation, la douleur, la tension et la congestion : elle s'applique donc à des cas semblables à ceux que vise la médication antiphlogistique; mais, alors que souvent les applications aqueuses antiphlogistiques réussissent mal ou sont incommodes (par exemple au visage), les onctions de crèmes (v. p. 119), de *liniment oléo-calcaire* (v. p. 121), d'*axonge* (v. p. 118) ou les poudrages avec des *poudres inertes* font très bien (v. p. 184). On a conseillé aussi le naphétalan, la crème de sapolan, le glycérolé d'amidon (v. p. 123), enfin les pommades savonneuses qui, à notre avis, ne conviennent qu'à des cas subaigus.

Médications topiques indifférentes. Elles consistent à recouvrir les lésions de *pâtes* (au sous-nitrate de bismuth, au talc et à l'oxyde de zinc, etc., v. p. 121, 185), ou de *poudres* sans corps actifs, afin de protéger et calmer les lésions ou afin de gagner du temps. Elles conviennent donc aux inflammations et irritations subaiguës, aux cas d'attente.

Quand on veut abandonner cette médication pour une plus active, le goudron, l'ichthyol, le thiol, le tuménol, etc., sont les médicaments actifs à tenter les premiers en les incorporant aux pâtes à la dose de 5 à 10 p. 100, car ce sont les plus doux des modificateurs cutanés.

Médication siccative (v. p. 187). Par exemple pour assécher un eczéma suintant, un impétigo qui s'éternise, etc., on ordonnera des lotions au tannin, des pâtes et pommades indifférentes contenant 1 à 10 p. 100 de tannin, la liqueur de Barow¹, des badigeons au nitrate d'argent, à l'acide picrique, au bleu de méthylène à 0 gr. 20 à 1 p. 100.

Médication anti-œdémateuse. Destinée à vider l'œdème d'une jambe eczémateuse par exemple, elle usera de pansements hypertoniques à 20 p. 100 de chlorure de sodium

1. Alun 1 gramme, acétate de plomb 5, eau 100; ne pas filtrer: diluer de 5 à 10 volumes d'eau.

(v. p. 188), exceptionnellement de mouchetures ou plutôt de ponctions avec des tubes de Southey.

Médications réductrices. Sous le nom de réducteurs, on groupe des corps plus ou moins avides d'oxygène. Faibles, ils sont kératoplastiques, décongestionnants, antiprurigineux, antiseptiques et antiparasitaires (eczémas secs, pityriasis, lichen, psoriasis, teignes). Forts, ils sont exfoliants, irritants, modifiant profondément la nutrition cutanée.

On les gradue en réducteurs faibles, moyens et forts :

— *Réducteurs faibles* : thiol, thigénol, tuménol, ichthyol, naphhtalan, sapolan, pétrolan, etc.

— *Réducteurs moyens* : sels de mercure, huile de cade, de bouleau, de cèdre, goudron (et ses dérivés : anthrasol, empyroforme, etc.), soufre, résorcine, naphhtol.

— *Réducteurs forts* : chrysarobine, acide chrysophanique, anthrarobine, acide pyrogallique.

On peut associer ces corps pour former des « baumes », admirablement bien tolérés parce que les corps se combinent les uns aux autres :

Baume BAISSADE (formule approchée).

Huile de chaulmoogra.	3 gr.
Soufre	8 gr.
Camphre	12 gr.
Goudron	15 gr.
Vaseline	62 gr.

Nouveau baume perfectionné de DURET.

Résorcine et menthol.	ââ	1 gr. 60
Carbonate de magnésie et gaiacol.	ââ	4 gr.
Huile de cade (et soufre).	ââ	16 gr.
Goudron, acétone, glycérine.	ââ	16 gr.
Borate de soude		8 gr. 80
Baume de tolu.		8 gr.
Ichthyol		40 gr.
Camphre.		48 gr.
Lanoline.		245 gr.

On emploie ces baumes purs lorsque les lésions ne sont pas irritables; mais avec ces baumes on peut réaliser toute la gamme des pâtes et des pommades. Pour graduer l'action médicamenteuse, nous avons l'habitude de préconiser les mélanges de deux préparations : l'une inerte, l'autre active; par exemple, on commence par un mélange de 1/10 de baume, 9/10 de pâte (oxyde de zinc, talc, huile ââ); puis nous augmentons peu à peu le corps actif : par exemple 3 parties de baume, 7 de pâte, etc., jusqu'à employer le baume pur. Les mélanges 3 et 7, etc., agissent comme des pâtes, le baume pur comme une pommade. C'est le « procédé des deux pots ».

Là plus encore qu'ailleurs, en raison de l'activité des corps réducteurs, le mode d'application a la plus grande importance pour faire tolérer la préparation et la rendre de plus en plus puissante : lotion, crème, pâtes, colles ou vernis, pommades, emplâtres et traumaticines (v. p. 99).

Médications antiseptiques. Dirigée contre les infections, les pyodermites, etc. (v. p. 384), la médication antiseptique met en œuvre des procédés très variés : — ouverture des collections suppurées, des pustules (v. p. 389); — lavage à l'eau pure bouillie ou additionnée de 10 p. 100 de borate de soude, 10 p. 100 d'eau oxygénée, 0,50 à 2 p. 100 de résorcine, 1 p. 100 de tannin, ou de 5 à 10 p. 100 d'eau de Labarraque (antiseptique des muqueuses); — cautérisations avec la teinture d'iode (1 : 10), la solution iodo-iodurée de Gram (iode 1, iodure de potassium 2, eau 300), avec l'eau d'Alibour (v. p. 389), l'alcool camphré (1 : 10) ou résorciné (1 : 16), l'huile gaulacolée à 50 p. 100, l'huile phéniquée à 10 ou 50 p. 100, la liqueur de Ziehl, etc.; — pulvérisations avec l'eau résorcinée à 0,50 p. 100 (v. p. 405); — savonnages avec des savons médicamenteux (v. p. 133); — poudrages soit avec des poudres inertes pures ou additionnées de 1 p. 100 d'acide salicylique ou de 5 à 10 p. 100, de

borate de soude (v. p. 419), soit avec des poudres antiseptiques : succédanés de l'iodoforme, dermatol, peroxyde de zinc, tannin ou tannoforme, sous-carbonate de fer, poudre de quinquina, de tannin, etc. ; — formolages (v. p. 411) ; — onction avec des crèmes à l'acétate de plomb (v. p. 390), avec des pâtes au goudron ou à l'ichthyol (5 p. 100) ; puis avec des pâtes plus actives contenant 1 à 10 p. 100 d'oxyde jaune de mercure ; puis avec des pommades mercurielles (1 à 10 p. 100), ou salicyliques (1 à 5 p. 100), ou résorcinées (1 à 2 p. 100), ou naphtolées (0,50 à 1 p. 100). On peut combiner plusieurs de ces antiseptiques, par exemple : huile de cade, acide salicylique et résorcine à à 1, oxyde jaune de mercure 5 à 10, excipient gras 95 à 90 ; ou encore naphtol 1 gramme, précipité jaune 10, excipient gras 90, etc. On se souviendra que les essences sont des antiseptiques commodes, telle est la pommade de Lucas Championnière contre les brûlures : naphtolate de soude 0,30, essence de thym ou de géranium, de verveine et d'origan à à 15 gouttes, rétinol ou vaseline 100. — Exceptionnellement et seulement lorsque l'épiderme n'est pas trop altéré (érysipèle, lymphangite), on fera des applications de vernis, de traumaticine ou de glycérine contenant 4 à 5 p. 100 de thigénol, thiol, ichthyol.

Médications antigangreneuses : — cautérisations chimiques au naphtol camphré (2 : 1), au phénol camphré (1 : 1) ; — application de poudre de 606 ; — destruction à l'air chaud à 600° (v. chap. VIII, p. 424).

Médications aseptiques : — pansements humides et pulvérisations à l'eau bouillie.

Médications abortives. Elles cherchent à faire avorter une inflammation naissante : furoncle, etc. (v. p. 411) ; un herpès, au moyen d'applications de tampon ou de pansements imbibés d'alcool médicamenteux (v. p. 274), recouverts d'un imperméable et changés toutes les 12 heures.

Médications parasitocides multiples : contre la *gale* (v. p. 435), les *pediculoses* (v. p. 446, 448), les *teignes* (v. p. 624).

Médication détersive destinée à déterger, à débarrasser la peau des squames et des croûtes.

Pour les grandes surfaces non irritées, on conseillera les bains savonneux, alcalins (50 à 200 gr. de carbonate de soude), sulfureux (50 à 100 gr. de foie de soufre); les bains de vapeur ou d'air sec. Sans prendre de bains, on emploiera les savonnages avec un savon pur ou médicamenteux (au goudron, à la résorcine, etc.) : les plus actifs sont les savons mous de potasse. Lorsque la peau est irritable, on préférera les savons surgras (v. p. 434), les onctions d'huile.

Pour le cuir chevelu, la décoction de bois de Panama (5 p. 100), les extraits de Panama, sont préférables aux savons.

Sur les surfaces limitées, on peut employer les pulvérisations, les pansements humides ou les cataplasmes, les onctions d'huile, de vaseline, et tous les excipients de pommades faciles à parfumer. Pour le cuir chevelu, on préférera aux corps gras les pommades savonneuses faciles à enlever avec l'eau (v. p. 425).

Médication irritante et révulsive : elle rappelle une inflammation franche sur une lésion torpide, afin de réveiller l'activité des tissus, par exemple sur un eczéma sec, sur un ulcère variqueux : elle use de solutions hydroalcooliques, d'aloès, de nitrate d'argent, d'ammoniaque, etc.

Médications antiprurigineuses (v. p. 306), cherchant à éteindre le prurit. Extrêmement variées, elles usent de lotions et poudres, pâtes et pommades, colles, emplâtres.

Médications antibulleuses (v. p. 262) ou palliatives des bulles : liniment oléocalcaire, etc.; les bains sont souvent mal tolérés.

Médications antiséborrhéiques (v. p. 332), destinées à corriger la sécrétion séborrhéique grasse : sulfures (v. p. 338)

et soufre (v. p. 340), résorcine (v. p. 340), sels mercuriaux (v. p. 345), naphthol (v. p. 339).

Médication dissolvante de la graisse dans la séborrhée : onctions avec l'alcool-éther, acétone, chloroforme, éther de pétrole (très inflammable : dangereux); savonnages; — et à un degré moindre, lavages avec de l'eau additionnée de borate de soude, etc.

Médications vaso-constrictrices cherchant à produire la vaso-constriction des vaisseaux dans un érythème facial, une couperose, au moyen de lotions et pommades à base d'hamamélis, d'adrénaline, etc. (v. p. 716).

Médications pilo-excitantes cherchant à exciter la repousse des poils au moyen de lotions et pommades excitantes, etc. : alcools et alcoolats; camphre; irritants : teinture de cantharides, formol, etc. (v. p. 747).

Médications antisquameuses, anti-ichthyosiques : glycérine et glycérolés d'amidon salicylique, etc. (v. p. 702), destinées à corriger les inconvénients d'une desquamation cutanée excessive ou prolongée.

Médications exfoliantes cherchant à faire desquamer violemment la peau pour la renouveler (v. p. 359) : acide salicylique 5 à 10 p. 100, savon noir 10 à 100 p. 100, résorcine 10 à 50 p. 100, etc., et à moindre degré : le soufre, le naphthol β ...

Médications kératolytiques dissolvantes de la substance cornée (verrues, cors, etc.) : acides acétique, salicylique, lactique, employés purs ou en emplâtres, en collodions (v. p. 709), savons de potasse, de marbre, etc. (v. p. 707).

Médications protectrices : la peau saine ou à peine malade est isolée d'autres territoires qui subissent une action médicamenteuse, par des pâtes épaisses, pommades, emplâtres, collodions. Une ulcération muqueuse est protégée par du stérésol; une ulcération, une plaie aseptique

cutanée par l'adhésol, l'aseptofix (mastic dissous dans du benzol¹).

Médications isolantes cherchant à séparer les surfaces cutanées des plis : par des poudres, par des compresses.

Médications caustiques. Elles se donnent pour but de détruire les cancers, le tissu lupique, des papules syphilitiques, par le naphtol camphré, l'acide arsénieux le chlorate de potasse, le chlorure de zinc. etc. (v. p. 557), le permanganate de potasse (v. p. 517), l'acide chromique et le bichromate de potasse. le nitrate acide de mercure, l'iode, les acides lactique (v. p. 523), azotique, sulfurique, etc.; l'acide phénique dissout dans la glycérine l'huile et l'alcool (mais non dans l'eau, v. p. 114); la pâte de Vienne, pâte de Canquoin, pâte carbosulfurique de Ricord, etc. (v. p. 653). Tous ces corps doivent être maniés avec grande prudence. Les mélanges sont souvent usités, par exemple cette mixture de Darier contre les ulcérations tuberculeuses :

Créosote et gaïacol	ââ	2 gr.
Iodoforme		5 gr.
Naphtol camphré		20 gr.
Éther	} ââ	35 gr.
Huile stérilisée		

Le nitrate d'argent n'a qu'une action superficielle. En passant ensuite un crayon de zinc, on renforce l'action.

Médications destructrices : — par les caustiques (v. ci-dessus et p. 653), — par le feu : galvano et thermocautères (v. p. 513), air chaud à 800° (v. p. 524), chaleur solaire concentrée par une loupe (v. p. 709), — par la neige car-

1. La formule d'OEttingen-Krebs est :

Mastic en larmes (suc résineux du lentisque).	20 gr.
Chloroformé	50 gr.
Huile de ricin ou de lin.	XX gouttes.

bonique (v. p. 547), — l'électrolyse (v. p. 718, 752), — l'ablation chirurgicale, le curettage.

Médications épilatoires supprimant les poils (v. p. 751) : acétate de thallium; sulfures, chaux; électrolyse; rayons X.

Médications cicatrisantes. Ces médications favorisantes de la cicatrisation emploient les moyens les plus divers : — les irritants (v. ci-dessus) : nitratages, emplâtres rouges de Vigo, etc., onguent styrax (excellent); — les lotions et badigeons avec le permanganate à 0,10 p. 100; l'eau oxygénée, 5 à 10 p. 100; l'acide phénique 1 p. 100; — des poudres succédanées de l'iodoforme, etc.; — des pommades contenant soit des corps inertes ou peu irritants : sous-carbonate de fer (v. p. 395), peroxyde de zinc; soit des antiseptiques : calomel, acide salicylique, collargol; — l'excitation trophique : boues radioactives (v. p. 59, note 1); — la destruction du tissu torpide au moyen de l'air chaud à 500-800° par exemple (v. p. 684); — des greffes de Thiersch, de Carnot (bulbes pileux); — des colorants : bleu de méthylène, etc.; — des enduits : steresol, adhésol, aseptofix, colle de zinc, mélanges paraffinés (v. p. 678), etc.

Médications remaniantes : scarifications, radio et radiumthérapie, cherchant à remanier les tissus, à modifier profondément leur vie sans les détruire (v. p. 654).

Médications anti-ectasiques cherchant à oblitérer les vaisseaux sanguins ou lymphatiques, disgracieux, par les méthodes remaniantes (scarifications, etc.), ou *destructrices* (v. ci-dessus et 717).

Médications anti-éléphantiasiques : drainages avec des soies ou drains perdus, etc. (v. p. 447, note 1).

Médications contre les infiltrats : lichénisations, lupus, etc. On usera des méthodes remaniantes (scarifications, radiothérapie); des caustiques, de la photothérapie, de la douche filiforme (v. p. 314).

Médications antisccléreuses, par exemple contre les chéloïdes : radiothérapie, injections de fibrolysine (v. p. 737).

Médications antipigmentaires : destinées à combattre l'inconvénient esthétique des taches brunes de pigment. Elles emploient des lotions acides, des lotions au sublimé et sous-acétate de plomb, etc. ; le naphтол, l'eau oxygénée, les emplâtres de Vigo, etc. (v. p. 726).

RÈGLES DU TRAITEMENT EXTERNE

En appliquant les médications précédentes, on se soumettra à des règles générales poursuivant les buts suivants :

1° Traitement local de la dermatose. — Sauf exception, on commencera par *tâter la susceptibilité* du tégument par une application *limitée* d'une *faible* dose ; c'est seulement après cette épreuve que l'on augmentera progressivement les doses des médicaments actifs et que l'on généralisera le traitement à toute l'étendue des lésions. Jusqu'à ce moment, on aura appliqué aux lésions un traitement d'attente plus palliatif qu'actif, par exemple une pâte inerte (v. p. 121).

On attachera la plus grande importance à la **forme** sous laquelle le médicament sera ordonné. Le mode d'application du médicament en lotion, poudre, pâte, pommade, emplâtre, a une influence considérable encore trop négligée. Un même médicament actif, employé à la même dose, mais sous des formes différentes, dans des excipients différents : poudre, pâte, pommade, emplâtre, a une action très inégale. Il faut donc considérer avec soin la réaction que produit l'excipient sur la peau : *les excipients agissent de trois façons au moins sur la peau :*

— 1° Ils favorisent ou permettent ou entravent la *perspiration cutanée* (ou évaporation insensible de la sueur) qui rafraîchit la peau ; par conséquent, un excipient qui permet ou favorise la perspiration sera rafraîchissant, décongestionnant ; au contraire, l'excipient qui entrave ou arrête cette perspiration sera congestionnant ;

— 2° Les excipients laissent normale la *circulation sanguine* du derme, ou déterminent une vaso-constriction, ou provoquent une vaso-dilatation congestive qui peut aller jusqu'à une sorte d'état subinflammatoire ;

— 3° Les excipients favorisent plus ou moins la *pénétration des médicaments* dans l'épiderme.

En général, *ces trois actions sont groupées de la même façon* : tel excipient est à la fois perméable donc rafraîchissant, décongestionnant donc vasoconstricteur, mais il favorise peu la pénétration du médicament ; tel autre excipient au contraire sera imperméable donc « non rafraîchissant », congestionnant donc vasodilatateur, mais il permettra une pénétration profonde du médicament. Enfin, les excipients qui sont occlusifs tout en permettant la perspiration et sans provoquer de congestion, calment l'irritabilité nerveuse et sont par conséquent antiprurigineux.

Il importe donc de bien connaître les actions de chaque excipient : — une *lotion* n'a qu'une action passagère, même lorsqu'elle dépose en séchant une poudre active ou inerte, elle n'agit que comme un poudrage léger. L'action de la lotion dans ce court espace est dictée par la température du liquide : le liquide chaud provoque de la vasodilatation, l'eau très chaude ou froide détermine de la vasoconstriction. — Une *poudre* a une action rafraîchissante de courte durée, car la poudre tombe rapidement. — Les

pâtes, pommades, emplâtres, colles, etc., ont une action permanente :

Les *pâtes*, étant poreuses en raison de la grande quantité de poudre qu'elles contiennent, sont perméables ; elles permettent et souvent même favorisent la perspiration et l'évaporation cutanée, c'est-à-dire la déperdition de calorique ; elles ont par conséquent une action décongestionnante et calment l'inflammation, elles absorbent les sécrétions cutanées ; en revanche elles ont une action locale superficielle plus palliative et calmante que puissante. On admet que le corps actif incorporé ne dépasse pas la couche cornée. Elles conviennent en un mot à toutes les lésions irritables ou inflammatoires.

Au contraire, les *pommades* et plus encore les *emplâtres* sont occlusifs, ils s'opposent à la perspiration cutanée, ils ont donc une action congestionnante locale et dilatatrice des capillaires : aussi les échanges entre la peau et le corps actif contenu dans la pommade ou dans l'emplâtre ont-ils plus de chance de se produire ; par conséquent, leur action est plus profonde et plus pénétrante ; en outre, en congestionnant le derme, en « fermant » la peau, ils ébauchent une réaction inflammatoire, ils provoquent une activité cutanée qui peut être utile ; ils conviennent donc aux lésions non irritables, non inflammatoires, sur lesquelles il importe d'agir puissamment.

Une colle à la gélatine, un vernis perméable à la perspiration, calmeront le système nerveux sans congestionner le derme, ils seront donc à la fois des calmants de l'inflammation et des antiprurigineux.

On peut, en un mot, *grader* de la façon suivante la *puissance d'application des médicaments et leur tolé-*

rance : 1° lotions, pulvérisations ; 2° poudres ou crèmes ; 3° liniments oléocalcaires ; 4° pâtes ; 5° colles de zinc ; 6° pommades ; 7° emplâtres, collodions, traumaticines, etc. ; 8° savons laissés en place ¹.

Pour choisir le mode d'application, on s'appuiera donc sur l'état d'irritabilité de la lésion autant que sur la nature de la maladie ; à chaque lésion, on appliquera la forme qui réalise *le maximum de puissance et de tolérance* : par exemple, si la lésion est aiguë, irritable, intolérante, on se contentera de lotions à l'eau pure et de pulvérisations, de pansements humides ou de cataplasmes ; si cette méthode humide ne convient pas ou n'est pas tolérée, on essaiera : ou des crèmes et liniments oléocalcaires, ou des poudres et en dernier ressort l'axonge pure. Si la lésion devient moins irritable, on appliquera des crèmes, liniments, ou axonge en leur incorporant des corps inertes : oxyde de zinc, etc. Si la lésion est encore irritable, ou si l'on ne désire qu'une action superficielle, on ordonnera des pâtes pures, puis des crèmes et des pâtes additionnées de médicaments actifs. Si les lésions sont prurigineuses, on pratiquera une occlusion permettant pourtant la perspiration cutanée par les colles gélatinées. Si les lésions ne sont pas irritables, on ordonnera d'emblée les pommades, puis les emplâtres, collodions, traumaticines et enfin les savons qui représentent des modes d'action de plus en plus puissants. C'est ainsi que dans la séborrhée, on commencera par la solution sulfureuse,

1. Voir traitement de l'eczéma pour l'explication de cette graduation (p. 183). Le procédé « des deux pots » ou des mélanges progressivement gradués d'une pâte ou une crème inertes et d'une pommade (ou baume), permet d'avoir toutes les transitions entre une préparation inerte indifférente et une préparation active (v. p. 93 et 186).

puis on ordonnera la lotion-suspension de soufre, puis la poudre soufrée, on arrivera ensuite aux pâtes, puis aux pommades et on aboutira enfin aux emplâtres et aux savons (v. p. 338 et 357).

2° Traitements des complications : abcès (v. p. 361), eczématisation (v. p. 192), lichénisation, etc. (v. p. 313).

3° Traitement du terrain cutané, sous-jacent à la dermatose : séborrhée (v. p. 332), ichthyose (v. p. 702), etc.

4° Hygiène cutanée du reste du tégument : par exemple dans l'eczéma, on évitera les frottements, les irritants; on ne se lavera qu'à l'eau sans savon, avec du coaltar saponiné; dans la séborrhée, on fera prendre des bains sulfureux (v. p. 86); dans les pyodermites, on lotionnera avec l'alcool camphré et on poudrera avec du talc boraté (v. p. 419), etc.

5° Traitement local des affections qui peuvent entretenir la dermatose : leucorrhée cause de vulvite et d'eczéma intercrural; sinusite, cause de couperose faciale; otite, cause de pityriasis auriculaire, etc.

6° Adapter le traitement à chaque malade, à chaque stade de la maladie et à chaque segment de la peau d'un même malade. On associera les médications en ayant soin de ne pas appliquer sur la peau saine une médication contraire à l'affection que l'on traite : par exemple chez un malade atteint d'eczéma, on n'ordonnera pas de médication irritante pour traiter une séborrhée de la face, car l'irritation pourrait faire naître l'eczéma sur le segment de peau jusque là épargnée par l'eczéma. Autre exemple : une femme atteinte d'eczéma vulvaire, provoqué ou entretenu par une leucorrhée, se gardera bien de faire des injections vaginales fortement antiseptiques, etc.

Ces associations de médications varieront donc à l'infini : un galeux séborrhéique et nerveux vient consulter pour une gale qui se complique d'eczéma aigu, de pyodermite et lymphangite; on commencera par une « médication antiphlogistique » de l'eczéma aigu et des lymphangites, par une « médication antiseptique » douce des pyodermites, médication douce en raison de l'eczéma. Puis l'eczéma et les lymphangites se calmant, on fera le traitement « antiparasitaire » de la gale. Mais l'eczéma, les pyodermites continuant après le traitement parasitaire, force nous est de reprendre la « médication calmante », puis faiblement « réductrice » de l'eczéma et une « médication antiseptique » plus forte des pyodermites, plus forte parce que l'eczéma s'atténue. Enfin, après guérison de la gale, de l'eczéma, des pyodermites, ce malade nerveux et séborrhéique reste atteint de prurit nerveux, on prescrira donc une des nombreuses « médications antiprurigineuses », et il restera encore à lui appliquer une « médication antiséborrhéique » contre sa séborrhée de la face et du cuir chevelu.

*
* *

III. HYGIÈNE GÉNÉRALE ET CUTANÉE à la convalescence et après la guérison.

La dermatose finie, il est souvent nécessaire de continuer un traitement ou plutôt de suivre des prescriptions d'hygiène générale et cutanée, afin de prévenir la récurrence de la dermatose, afin surtout de profiter de l'avertissement qu'elle vient de donner pour corriger les défauts d'hygiène générale ou cutanée. En dehors des indications spéciales à chaque cas (voir eczéma, p. 203, séborrhée, p. 336, pyo-

dermites, p. 418, etc.), on donnera les conseils suivants d'une grande banalité, certes, mais trop souvent négligés :

HYGIÈNE GÉNÉRALE. — 1° Revenir à une vie plus « naturelle » : *exercices, marche, vie au grand air et à la lumière.*

2° Avoir une *nourriture saine, exempte de substances toxiques* : alcool, café, épices, giñier, etc. ; *proportionner les apports alimentaires aux dépenses de l'individu* ; éviter surtout

1. On peut admettre schématiquement qu'un adulte a besoin de 33 calories par kilogramme de son poids. On trouvera, dans les tables des formulaires et dans les livres de régimes, la composition des principaux aliments et l'on se souviendra que de ces 33 calories, 6 doivent être fournis par les albumines (soit 1 gr. 50 d'albumine), 9 par les graisses (soit 1 gr. de graisse), 18 par les hydrocarbones (soit 3 gr. d'hydrocarbone), par kilogramme du poids du sujet.

Cette ration varie suivant l'activité du sujet : la dose de 1 gr. 50 d'albumine par kilogramme corporel est un maximum et souvent, spontanément, beaucoup de sujets restent au-dessous, à 0 gr. 80 et même 0 gr. 60, 0 gr. 50.

D'Ayrignac conseille de réglementer le régime carné, en étudiant l'azote urinaire éliminé pendant 24 heures, trois jours de suite, le malade étant à un régime ordinaire. Avec Bouchard on multiplie le chiffre d'azote urinaire par 6,736 pour avoir la quantité d'albumine détruite en 24 heures. — Puis on met le malade à un régime connu, pendant huit jours, en lui donnant une ration d'albumine inférieure de quelques grammes au chiffre trouvé d'albumine détruite ; on lui donne une ration de graisse égale aux $\frac{2}{3}$ de la ration d'albumine et une ration hydrocarbonée quintuple de la ration albumineuse ; on note le poids du sujet et les variations de l'état général ; au bout de huit jours, on refait l'analyse d'urine. — Chaque semaine on diminue la ration albuminoïde de 10 grammes en laissant fixes les quantités de graisse et d'hydrocarbone et on dose l'azote urinaire. — On arrête de réduire la quantité d'albumine au moment où la quantité d'azote éliminé dépasse la quantité d'azote ingéré, car alors l'organisme prélève l'azote sur ses réserves. On relève donc la ration albuminoïde de façon que l'organisme ne se mange pas lui-même ; puis on suit le sujet par des pesées successives et on augmente ou on diminue la quantité d'hydrocarbone et de graisse en se réglant sur le degré d'embonpoint qui doit convenir à chaque sujet.

la suralimentation carnée, mastiquer lentement, avoir des repas à heures régulières, ne pas manger en dehors des repas; supprimer les manies médicamenteuses : vins fortifiants, kola coca, etc.

3° Veiller au *bon fonctionnement de tous les organes*, en particulier de l'intestin : éviter la constipation en exigeant une selle régulière, quotidienne, à heure fixe, au moyen d'aliments laxatifs (v. p. 176), d'huile de paraffine, de massage abdominal ou de la marche matinale (et au besoin de lavages intestinaux sans en abuser). Obtenir des urines claires abondantes (v. p. 176). Éviter les troubles de circulation : froid aux pieds, etc., par des bains locaux, des frictions générales avec l'alcool camphré, etc. Corriger les troubles utérins et menstruels. Traiter les lésions locales : sinusite, cholécystite, urétrite, métrite, etc.

4° Réaliser *l'équilibre du système nerveux* : pas de surmenage physique ni psychique, pas de fatigues mondaines, pas de veilles, pas de vacances qui soient des fatigues par une vie mondaine excessive de casino, théâtre, tennis, etc.; pas d'excès vénériens; supprimer les excitants nerveux : café, thé, etc.; calmer l'irritabilité nerveuse par l'hydrothérapie : douches ou ablutions de 1 à 5 minutes avec de l'eau à 36-38° sans pression.

5° Exiger un *sommeil suffisant* : huit heures au moins de lit pour un adulte au-dessous de 50 ans.

6° Réprimer les *fautes d'habillement et de coiffure* : vêtements trop chauds, col et corset trop serrés, jarrettières, surcharge de faux cheveux, etc.

HYGIÈNE LOCALE. — Il faut éviter aussi bien la malpropreté que la « propreté » maladroite que croient réaliser certaines personnes par des savonnages trop répétés, des bains trop prolongés.

Peau glabre. — Les mains et le cou sont savonnés en évitant les savons antiseptiques et en se méfiant des sa-

vons médicamenteux; les seuls tolérables sont les savons de goudron, coaltar, huile de cade, glycérine; les meilleurs savons sont les savons blancs et, pour les peaux irritables, les savons liquides. Si les mains se gercent, si la peau du corps est trop sèche, oindre avec la glycérine la peau encore humide et essuyer ensuite.

La peau d'un visage *normal* ne sera pas savonnée, sauf si elle est souillée par des poussières, etc., et même dans ce cas une peau délicate préférera une onction de cold-cream. L'eau sera fraîche ou dégourdie et non chaude (sauf séborrhée), car l'eau chaude favorise les gerçures et les rides; l'eau de pluie est la meilleure; on se méfiera des eaux calcaires que l'on corrigera par ébullition ou par addition de borate de soude. On rejettera tout antiseptique, sauf le borate de soude; on n'usera que rarement des tamponnements avec un alcool, eau de Louvain, alcool camphré. Après ce nettoyage, on séchera; on appliquera auparavant, si la peau est délicate, des corps modificateurs : « lait » et poudre sur une peau grasse; cold-cream et crème pour une peau sèche.

Une *peau séborrhéique* (v. p. 334) usera d'eau chaude additionnée de borate de soude et, si elle le supporte, de savons : savons soufrés ou sulfureux, boraté; elle se trouvera bien de tamponnements à l'alcool camphré puis d'un poudrage avec une poudre siccatrice : poudre de riz mêlée de carbonate de magnésie et additionnée de 1 à 5 p. 100 de soufre.

Une *peau trop sèche* aimera au contraire l'eau de guimauve, de laitue, de graine de lin; elle n'usera du savon que par exception et plutôt des savons surgras ou liquides, elle corrigera par une crème, un cold-cream, un glycérolé, la sécheresse de l'épiderme. La poudre est inutile.

Les plis cutanés et régions génitales seront savonnés, lavés, poudrés si besoin, en évitant les antiseptiques.

Les pieds seront savonnés et lavés à l'eau tiède, mais non à l'eau chaude qui ramollit l'épiderme.

Les bains seront courts, 5 à 10 minutes au plus, et pas

trop chauds (32 à 36°), car les bains chauds prolongés ramollissent l'épiderme, dégraissent la peau, favorisent les infections. Le « tub » avec de l'eau tiède ou fraîche est nettement supérieur au grand bain chaud. A la sortie du bain, une friction à l'alcool camphré chez un séborrhéique, une onction avec du glycérolé d'amidon salicylique sur une peau sèche ont le plus heureux effet.

Une peau délicate ou coquette évitera le vent, le soleil, la chaleur, le froid, les poussières, en un mot, tous les irritants.

Chevelure. — Les cheveux ne doivent être ni trop secs, ni trop gras. Aussi corrigera-t-on les tendances contraires.

— Les *cheveux gras* seront savonnés plus souvent que des cheveux secs, par exemple une fois par semaine, avec un savon sulfureux ou au goudron boraté; les blondes emploieront pour ce savonnage l'eau sédative de Raspail étendue de 5 à 10 volumes d'eau, ou une solution de carbonate de soude à 2 p. 100, ou de borate de soude à 5 p. 100; les brunes préféreront les mélanges tanniques, par exemple :

Eau de feuilles de noyer	200 gr.
Alcool (rhum)	50 gr.
Ammoniaque liquide.	5 à 10 gr.

On pourra lotionner la chevelure matin et soir avec une solution alcoolique résorcinée à 0,30 p. 100.

Si ces moyens restent inefficaces on recourra au dégraisage par l'éther de pétrole (inflammable et très dangereux) la liqueur d'Hoffmann (encore inflammable) ou mieux l'acétone, et l'on ferait le traitement de la séborrhée du cuir chevelu (v. p. 337).

Après ces lotions alcooliques et savonnages, si les cheveux sont trop secs, on les regraisse très légèrement avec un alcool parfumé additionné de quelques gouttes d'huile de ricin, en ayant soin de ne pas graisser le cuir chevelu.

— Des *cheveux secs* avec un cuir chevelu couvert de pellicules se trouveront bien de savonnages plus espacés, tous les 15 jours, ou tous les mois, avec les solutions précédentes et avec le savon de goudron boraté ou résorciné ou au bois de Panama. Les cheveux seront lotionnés matin et soir avec une lotion alcoolique additionnée d'huile et si besoin de baume du Pérou (v. p. 340), ou avec une émulsion grasse mêlée de coaltar, etc. Les savons au goudron et à la résorcine ou au naphтол font bien s'il y a des démangeaisons.

— Un cuir chevelu *irritable* préférera au savonnage l'émulsion de coaltar, ou la décoction de bois de Panama additionnée d'une solution de borate de soude à 4 p. 100 ou le mélange de 3 jaunes d'œufs battus dans 500 grammes d'eau de chaux.

Le séchage des cheveux à la chaleur (séchoir électrique) est detestable et les rend cassants, mieux vaut les frotter entre des serviettes chaudes.

Le lavage à l'eau des cheveux chaque jour comporte plus d'inconvénients que d'avantages.

Les cheveux doivent être peignés dans leur direction naturelle : on doit donc proscrire chez l'homme, la chevelure en brosse, etc., et la torsion dans des bigoudis, épingles à friser et surtout la pression à chaud des fers à friser chez la femme, etc. Les modes actuelles de friser, onduler, faire bouffer les cheveux en les chauffant sont responsables de la plupart des alopécies de la femme.

Les cheveux doivent être *peignés lentement* : on n'usera pas de peigne fin mais de démêloir et de brosse dure.

La tête doit être *aérée* ; on évitera donc les faux cheveux, les coiffures pesantes, hermétiques. On restera *tête nue*, les cheveux *non serrés*, autant qu'on le pourra. Les nattes peu serrées, les cheveux relevés sans être tordus, les cheveux flottants sont l'idéal de l'hygiène pour la femme.

Pour raser la barbe on usera de savon surgras, si la peau est délicate.

CHAPITRE VI

MANIÈRE DE FORMULER LES MÉDICAMENTS DERMATOLOGIQUES EXTERNES

I. EXCIPIENTS. — II. CORPS ACTIFS.

TABLEAUX FORMULAIRES ET POSOLOGIE DES CORPS ACTIFS

Inutilité des formules complexes, importance de la *forme* médicamenteuse. Nécessité de se plier aux exigences de la vie des malades (v. p. 111).

Maniement des formules : distinction des corps actifs et de l'excipient (v. p. 112).

I. LES EXCIPIENTS (v. p. 113).

Excipients liquides : eau, alcool, huiles, glycérine, etc. Choix du liquide. Manière de formuler : solution, suspension, émulsion (v. p. 113).

Poudres : minérales (oxyde de zinc, talc, sous-nitrate de bismuth, terre d'infusoires, etc.), végétales (amidon, etc.) (v. p. 116).

Corps gras pâteux et glycérés (v. p. 117). — 1° axonge (v. p. 118). — 2° **Crèmes** : cold-cream, liniment oléocalcaire (v. p. 119). — 3° **Pâtes dures et molles** (v. p. 121). — 4° **Pâtes et pommades solubles** dans l'eau, à base de glycérine, de gomme, etc. (v. p. 123). — 5° **Pommades onctueuses** (v. p. 125). — 6° **Pommades en bâton** (v. p. 127).

Vernis solubles dans l'eau à base de caséine (v. p. 128) et **colles à base de gélatine** (v. p. 129).

Vernis insolubles dans l'eau mais perméables à la perspiration cutanée : colloïdions, ou mieux pellicules adhésives (v. p. 130).

Sparadrap-emplâtres et épithèmes ou emplâtres caoutchoutés imperméables (v. p. 130).

Vernis insolubles dans l'eau et imperméables : traumaticine (v. p. 133).

Savons : mous de potasse, durs de soude, savons surgras (v. p. 133).

Manière de colorer les excipients suivant le teint du malade (v. p. 134).

II. LES CORPS ACTIFS p. 135 : tableau formulaire et posologie (v. p. 136).

Les corps vraiment utiles et actifs sont peu nombreux, il vaut mieux s'attacher à bien manier quelques médicaments qu'à employer des formules compliquées et des médicaments nombreux dont on a une expérience incomplète. On ne saurait trop le répéter, si les traitements locaux doivent être très variés, ce n'est *pas tant par le nombre des médicaments utilisés que par la manière de les employer*.

Le médecin devra connaître en détails les modes d'action des corps qu'il emploiera; il préférera les formules simples mais souples permettant de faire varier l'action des médicaments, car *le traitement local exige d'être adapté à chaque cas, à chaque instant de la maladie, à chaque segment du tégument* et il est temps de réagir contre ce préjugé que la même pommade s'applique à tous les cas; il faut protester contre la tendance à n'employer que quelques formules stéréotypées. **La forme médicamenteuse**, c'est-à-dire *le mode d'application, en lotion, en poudre, en pâte, en pommade, en emplâtre, en savon, a une importance capitale*; nous y avons déjà insisté (v. p. 99 à 102 et p. 93), nous y reviendrons souvent, tant cette notion a d'intérêt pratique. Il faut donc avoir pour chaque mode d'applica-

tion, des formules simples, permettant de graduer l'effet désiré, d'agir progressivement, en choisissant les doses et le mode d'emploi qui donnent *le maximum de puissance avec le maximum de tolérance* (v. p. 101) : c'est le moyen le plus sûr de ne pas perdre de temps et pourtant de ne faire courir aucun risque au malade. Aussi employons-nous souvent deux préparations : l'une active, l'autre inerte, la seconde servant à diluer la première suivant la tolérance (v. p. 93, 187, etc.).

Enfin, il faut savoir se plier aux exigences de la vie, il faut pouvoir permettre à un malade de continuer son travail, réserver pour la nuit les traitements inesthétiques et malodorants, choisir pour le jour les traitements propres et d'application commode.

* * *

Le maniement des formules dermatologiques est beaucoup moins compliqué qu'il ne paraît ou que voudraient le faire croire les initiés : la construction des formules doit être œuvre de raisonnement et non pas de mémoire pure.

Pour formuler des médications dermatologiques, il faut distinguer l'*excipient*, c'est-à-dire la masse du médicament plus ou moins inerte, employé parfois pur, et le corps actif auquel cet excipient va servir de véhicule : ainsi dans une pommade au calomel, formulée « vaseline 30, oxyde de zinc 3, calomel 0,30 », la vaseline et l'oxyde de zinc constituent l'excipient qui contient et dilue le corps actif, le calomel. Pour établir la formule médicamenteuse il faut donc étudier tour à tour les excipients et les corps actifs *en se souvenant que la forme de l'excipient donne plus ou moins d'activité au corps actif*.

I. ÉTUDE DES EXCIPIENTS

Les excipients sont de divers ordres : — liquides (eau, alcool, huile, glycérine, éther, etc.) — poudres minérales et végétales — corps gras et glycérolés — vernis solubles dans l'eau à base de caséine et colles à la gélatine — vernis insolubles dans l'eau mais perméables (collodion et pellicule adhésive) — sparadrap-emplâtres et épithèmes ou emplâtres caoutchoutés — vernis insolubles et imperméables (traumaticine) — savons mous, durs, surgras.

Excipients liquides : eau, alcool, huile (d'amande douce, d'olive, de camomille, de ricin, d'huile de foie de morue), glycérine, éther, chloroforme, acétone, lait (émulsion grasse dans l'eau¹), etc. — On choisit l'exci-

1. Il existe plusieurs excellentes spécialités de lait à la lano-line, lait Innoxa, collosols de Pépin, etc. Le lait d'amandes est de moins en moins employé en raison de ses nombreuses incompatibilités et de son peu de stabilité.

Voici deux formules d'après Cerbelaud :

1^{re} formule : chauffer dans une capsule 12 grammes de savon de Marseille, 12 grammes de cire blanche extra, 12 grammes de blanc de baleine. Lorsque le tout sera liquéfié, agiter avec un pilon dans la capsule même; continuer à chauffer et ajouter ensuite goutte à goutte un mélange de 20 grammes de teinture de benjoin de Siam extra en larmes bien blanches à 1/5. 20 grammes de teinture de Panama, 850 grammes d'eau distillée de roses, 100 grammes de teinture de benjoin et facultativement pour parfumer, 1 gramme d'ionone pure et 0 gr. 50 d'essence d'ylang-ylang.

2^e formule : faire chauffer au bain marie 50 grammes de teinture de benjoin de Siam à 1/5 et 50 grammes de teinture de Panama. Jeter sur un entonnoir garni d'un tampon d'ouate hydrophile à peine tassée; recevoir le filtrat dans 900 grammes d'eau distillée de rose tiédie, en agitant sans cesse; ajouter enfin 50 grammes d'huile de vaseline neutre. On peut parfumer avec 1 gramme d'ionone et 0 gr. 20 d'essence d'ylang-ylang. (Agiter avant de s'en servir.)

pient qui convient le mieux au but proposé et au médicament actif que l'on veut appliquer et souvent on mélange plusieurs excipients liquides : eau, alcool et glycérine.

Pour le **choix du liquide** on fera attention non seulement aux *solubilités* mais aussi à *l'action de l'excipient sur la peau* : — l'eau ne pénètre pas l'épiderme sauf si elle est excoriée ou macérée par des pansements humides. — L'alcool, l'éther, le chloroforme, l'acétone, la benzine dissolvant les graisses épidermiques sont desséchants et favorisent la pénétration des corps qui étaient arrêtés par la graisse du vernis épidermique, mais ces liquides sont le plus souvent trop irritants, on ne les emploie que dans certains cas spéciaux (séborrhée) ou dilués dans l'eau ou dans l'huile. — La glycérine ramollit la peau, la gonfle et souvent la congestionne, elle assouplit et favorise la réfection du vernis épidermique, elle a l'avantage sur la graisse de ne pas tacher. — L'huile graisse et assouplit la peau plus que la glycérine, mais elle congestionne davantage et l'enduit qu'elle laisse tache les vêtements, le papier... Enfin on fera attention à certaines particularités enseignées par l'expérience et propres à quelques corps : ainsi quand on veut employer le phénol comme caustique antiseptique à fortes doses, il ne faut pas le dissoudre dans l'eau car on produirait des accidents. On prescrira phénol absolu synthétique (et non l'acide phénique impur) 25, solvant (alcool absolu, huile ou glycérine) 5 grammes ; il faut même, dans ce cas, éviter les traces d'eau sur la lésion et, pour ce, on huile la veille toute la lésion ; les jours suivants pour enlever le phénol on usera d'huile, puis d'alcool pendant plusieurs jours avant de permettre un lavage à l'eau.

L'excipient choisi, la **manière de formuler** est simple. On s'assure d'abord qu'il n'y a pas d'incompatibilité entre les différents corps que l'on veut incorporer à l'excipient liquide : par exemple on ne fera pas dissoudre à la fois du

sublimé et un sulfure. Puis on choisit les quantités d'excipient et de corps actifs. Trois cas sont alors à considérer :

a) Les corps actifs sont solubles dans l'excipient; on prescrit une **solution**, il suffit de ne pas en ordonner au delà de la saturation. On aura par exemple les formules suivantes : eau distillée 10 centimètres cubes, nitrate d'argent 1 gr.; — eau 300, alcool 30, camphre 4 — huile d'olive 90, huile de cade 10 — glycérine 30, phénol 1 gramme, etc. On se rappellera que l'eau, l'alcool, l'éther, la glycérine peuvent être associés pour former des excipients liquides qui sont souvent plus actifs et surtout ont l'avantage d'augmenter la solubilité de certains corps actifs; ainsi le camphre est peu soluble dans l'eau et beaucoup plus dans l'alcool, mais une solution alcoolique est souvent irritante; en mêlant eau et alcool on permettra la dissolution du camphre et on réduira au minimum l'action irritante de l'alcool dilué par l'eau. On se souviendra que les corps gras usuels sont pratiquement insolubles dans l'eau et l'alcool; la seule huile soluble dans l'alcool est l'huile de ricin; par conséquent il faudra n'user que d'huile de ricin, quand on voudra, à un liquide alcoolique trop desséchant, par exemple à une lotion excitante du cuir chevelu ajouter un corps gras qui corrige cette action desséchante et regraisse le cheveu ou l'épiderme (v. p. 338).

b) Le ou les corps actifs ne sont pas solubles, il s'agit de poudres : soufre, talc, etc. On choisit la forme dite **suspension** et la quantité n'est pas limitée; voici par exemple des lotions soufrées :

Soufre	5 gr.
Huile de cade	10 gr
Huile d'amande douce	90 gr

On encore :

Soufre précipité lavé	5 gr.
Teinture d'hamamélis	10 gr.
Glycérine	20 gr.
Eau de roses	120 gr.

On recommandera de préparer ces suspensions au mortier (MSA au mortier) et on spécifiera d'agiter vigoureusement le flacon avant l'usage. L'addition d'un peu de gomme arabique, 1^{er}, 50, facilite le mélange.

c) Le ou les corps actifs ne sont pas solubles; s'il s'agit de corps gras (huile de cade, etc.) ou pâteux (goudron), on ordonnera la forme *émulsion*. Il faut donc ajouter un ou plusieurs corps qui favorisent et maintiennent cette émulsion : teinture de quillaya 5 à 10 p. 100 du corps gras; coaltar saponiné 10 à 20 p. 100; jaune d'œuf (un jaune pour 50 grammes de corps gras) (v. p. 228); 50 grammes de savon pour 100 d'huile; parties égales de corps gras et d'acétone; gomme arabique ou adragante 10 à 20 p. 100 du corps gras; mucilage d'agar-agar ou de lichen (solution à 2 p. 100 dans l'eau) dans la proportion de 500 cm³ pour 100 d'huile de cade (ou 50 de goudron) et 50 de glycérine, etc.

Poudres. Les poudres, qui doivent être très fines, impalpables, non irritantes, sont — tantôt *minérales* : talc, oxyde de zinc, sous-nitrate et carbonate de bismuth, carbonate de magnésie, terre d'infusoires ou ceysstatite¹, kaolin, etc. — tantôt *végétales* : poudre d'amidon, de riz, de blé, de fécule de pommes de terre, de lycopode, d'iris, d'arrow-root, de vieux bois, de sabine, etc.; ces dernières sont plus douces que les poudres minérales; mais elles ont l'inconvénient d'être fermentescibles et de gonfler à l'humidité; aussi ne doivent-elles pas servir d'isolants. Les poudres minérales non fermentescibles sont siccatives et isolantes pour les plis articulaires par exemple. On a donc souvent intérêt à mélanger les poudres, par exemple :

1. La ceysstatite est la terre d'infusoires française récoltée aux environs de Ceyssat, d'où son nom; elle est formée de carapaces siliceuses de foraminifères.

amidon, sous-nitrate de bismuth, oxyde de zinc, talc ââ¹.

Ces poudres employées pures sont dites inertes; on en emploie une seule variété ou plusieurs mélangées: leur but est de rafraîchir et de décongestionner la peau.

On peut leur ajouter des médicaments actifs: menthol, soufre, etc.; la manière de formuler est facile, il suffit de ne pas mêler des corps incompatibles. On aura des poudres plus ou moins complexes: soufre précipité lavé 1 gramme, poudre de riz 50; — camphre, menthol ââ 1 gramme, talc, oxyde de zinc, amidon ââ 30, etc. La poudre d'iris est précieuse pour son parfum; d'ailleurs on peut ajouter un parfum quelconque: essence de violette, etc., aux poudres inodores.

On peut encore employer les médicaments actifs, pulvérulents, à l'état de pureté: sous-carbonate de fer, soufre, iodoforme et ses succédanés, etc. Le salol est à rejeter comme trop irritant.

Corps gras, pâteux et glycérés. Les corps gras utilisables sont nombreux: axonge (de la panne de porc), lanoline² (du suint de laine de mouton), vaseline, cire (d'abeilles), paraffine, huiles, moelle de bœuf, blanc de baleine, etc. Les uns peuvent être utilisés comme excipient à l'état de pureté: vaseline, axonge, car ils ont la consistance voulue, onctueuse, semi-molle; les autres sont ou trop durs (lanoline, paraffine, beurre de cacao), ou trop liquides (huiles) pour être utilisés purs; il faut soit leur ajouter un liquide aqueux ou une poudre, soit

1. Au lieu du poudrage avec un tampon d'ouate ou un insufflateur, on a souvent avantage à se servir d'une émulsion de poudre, dont le liquide laisse en s'évaporant la poudre en couche adhérente et uniforme; voir par exemple les lotions soufrées, p. 340.

2. La lanoléine est la lanoline hydratée.

mélanger un corps gras solide à un liquide afin de les amener à la consistance voulue.

On a ainsi une série d'excipients simples ou complexes qui serviront de support à d'autres corps inertes (poudre d'oxyde de zinc) ou à des corps actifs (acide salicylique, soufre, etc.). Tous, sauf les graisses de laine de mouton (adeps lance, lanoline, laines) sont pratiquement insolubles dans l'eau.

Ces excipients gras, laissés purs ou additionnés d'une faible quantité de poudre (par exemple jusqu'à 1/10) restent imperméables et forment des *pommades*¹; en ajoutant beaucoup de poudre, on les rend poreux, perméables : *pâtes*, etc.; on peut donc modifier à l'infini les excipients gras; les principaux sont les suivants énumérés dans l'ordre de tolérance habituelle et d'activité progressive (v. p. 99).

1° Axonge. Cet excipient est le mieux toléré des corps gras et souvent le seul corps toléré. L'axonge est donc à employer dans les dermatoses irritables, pure ou mêlée à des poudres inertes : sous-nitrate de bismuth 3 à 10 p. 100, etc. (v. p. 184). Il faut prescrire : *axonge fraîche, fraîchement préparée et non benzoïnée*; l'axonge benzoïnée, irritante, doit être impitoyablement rejetée. Mais l'axonge a les deux inconvénients d'être ennuyeuse à préparer et d'être altérable.

On prépare l'axonge de deux façons : — 1° par ébullition prolongée de panne de porc dans l'eau, on recueille, on refond et on filtre sur un linge, c'est le procédé le meilleur;

1. Classiquement une pommade est une préparation grasse *molle* à ne contenant pas de substance ré-ineuse, ce qui la distingue des onguents, et ne renfermant pas de savons de plomb, ce qui la différencie des emplâtres ». On voit qu'il faut ajouter : ne renfermant qu'une faible quantité de poudre (1/10 au maximum) ce qui la différencie des pâtes riches en poudre (1/3 à 2/3).

— 2° on fond à feu doux de la panne de porc fraîchement tué, on la filtre sur un linge; cette dernière préparation rancit vite et doit être renouvelée tous les trois jours.

2° Crèmes et cold-creams. Liniment oléo-calcaire. Les crèmes sont des mélanges de corps gras peu irritants (lanoline surtout) et d'eau; elles forment des excipients excellents trop peu employés¹.

Lanoline anhydre. 10 gr.
Eau de chaux ou eau de roses . . . 20 gr.

<p>Ou crème épaisse :</p> <p>Lanoline anhydre. 10 gr. Axonge fraîche. } àà 20 gr. Eau. }</p>	<p>Ou plutôt crème mousseuse :</p> <p>Lanoline. } àà 10 gr. Huile } Eau 50 gr.</p>
--	--

<p>Ou mieux crème mousseuse :</p> <p>Lanoline anhydre } Huile d'amande douce } àà 10 gr. Carbon. de magnésie. }</p>	<p>Ou crème épaisse :</p> <p>Lanoline. } Carbonate de magnésie. } àà 20 gr. Huile } Eau. } àà 40 gr.</p>
---	--

On peut remplacer l'eau par un mélange de :

Eau de chaux. }
Eau de rose. } àà
Eau de fleur d'oranger }

[GOUGEROT et PAUL DURÉT]

Ou :

Lessive de soude. 5 gr.
Acide stéarique pur. 25 gr.
Glycérine neutre à 30° 75 gr.
Eau (de rose). 120 gr.

Parfum QS — FSA à chaud, laisser refroidir, puis chauffer une deuxième fois en battant vivement. (Incompatibilités : les acides et la plupart des sels métalliques.) [DARIER]

A 100 de lanoline on peut incorporer jusqu'à 600 d'eau lorsqu'on ajoute de l'huile et du carbonate de magnésie

1. La pommade de concombres du Codex, le cérat de Galien du Codex se rapprochent des crèmes, ils sont de moins en moins employés.

(voir ci-dessus); on peut donc avoir des crèmes de toutes les consistances, bien supportées et ne rancissant pas. On pourra masquer l'odeur désagréable de la lanoline par un parfum, essence d'œillet, de rose, etc.

Les *cold-creams* ont des formules multiples toutes de même ordre : ils s'altèrent et rancissent facilement.

Huile d'amande douce	245 gr.
Blanc de baleine	60 gr.
Cire blanche	30 gr.
Huile volatile de rose.	X gouttes.
Eau (ou eau de rose).	60 gr.
Teinture de benjoin	15 gr.
	[CODEX]

Huile d'amandes douces	120 gr.
Blanc de baleine	22 gr.
Cire blanche	30 gr.
Eau distillée	45 gr.
Essence de bergamote	} à à V gouttes.
Essence de rose	

[W. STENGELIN]

Les crèmes et cold-creams sont le plus souvent employés purs sur des peaux irritables; on ne leur associe que des médicaments en faible quantité surtout pour agir sur le visage. Les corps mous, goudron, ichthyol, huile de cade, liquéfient les crèmes; on ne peut donc pas les introduire dans nos crèmes mousseuses sans précautions, il faut se servir des crèmes épaisses. Par exemple, on aura :

Ichthyol	20 gr.
(Ou ichthyol et goudron).	à à 10 gr.
Lanoline.	} à à 20 gr.
Carbonate de magnésie.	
Eau	} à à 40 gr.
Huile d'amande douce	

En remplaçant l'eau par « l'eau blanche » on a des crèmes à l'acétate de plomb antiseptiques et siccatives, etc. Les incompatibilités sont : le tannin, les iodures, la résorcine, les alcalis et carbonates alcalins.

Le *Liniment oléo-calcaire* du Codex est un mélange d'eau de chaux et d'huile d'olive à parties égales. Cette excellente préparation très bien tolérée n'est pas assez employée; on peut lui ajouter la plupart des corps actifs : liniment oléo-calcaire opiacé, etc.

3° Pâtes. Les pâtes sont des mélanges gras contenant une forte proportion de poudre, $\frac{1}{3}$ à $\frac{2}{3}$: oxyde de zinc, talc, kaolin, craie, ceyssatite (calcinée), amidon, etc. La meilleure poudre, celle qui « fournit » le plus et qui absorbe le plus, est la terre d'infusoires ou ceyssatite, trop peu employée en France. Les pâtes ont donc une consistance plus ferme que les pommades, elles sont décongestionnantes, perméables donc poreuses, mais aussi moins actives, moins pénétrantes que les pommades, donc moins irritantes. Étalées, elles doivent former sur la peau un enduit adhérent et presque sec (v. p. 88). Il est facile de parfumer ces pâtes et de les colorer avec une quantité suffisante de bol jaune ou rouge pour leur donner la teinte de la peau.

Pâtes dures : oxyde de zinc, talc, sous-nitrate de bismuth à 30 volumes, huile d'amande douce 45 à 35 volumes.

— Oxyde de zinc, amidon (ou talc), lanoline pure, vaseline pure à parties égales (Lassar).

— Oxyde de zinc, lanoline pure, vaseline pure blonde à parties égales (Brocq).

— Oxyde de zinc 10, ceyssatite 2, axonge 28 (Unna).

— Kaolin (bol blanc) 20 à 30, huile d'amande douce 10 (Unna).

Pour rendre la pâte moins dure, on augmente le constituant « mou » : huile, vaseline ou axonge et l'on a ainsi toutes les transitions avec les pâtes molles :

Pâtes molles : oxyde de zinc, talc, huile à volumes égaux (Gaucher).

— Craie préparée, oxyde de zinc, huile de lin, eau de chaux à parties égales (Unna).

— Kaolin pur (bol blanc), vaseline, glycérine àà (Unna).

Je préfère : Oxyde de zinc, talc, huile d'amandes douces, eaux de chaux àà — ou lanoline anhydre, eau, sous-nitrate de bismuth (ou une autre poudre) àà parties égales.

Les pâtes glycérinées et huileuses séchent lentement.

Les pâtes mêlées d'eau séchent plus facilement et plus vite.

Ces pâtes employées pures constituent des pâtes *inertes* calmantes (v. p. 185)¹. Rien de plus facile que de formuler des pâtes *actives*². — Quand on introduit de petites quantités de produits jusqu'à 1/20 de médicament (par exemple, soufre, acide salicylique, camphre àà 1 gramme pour 60 de masse pâteuse), il est inutile de modifier les composants de la masse. — Quand on introduit un liquide, on le retranche de la quantité d'huile ou d'eau; par exemple la formule : « talc, oxyde de zinc, huile àà 20 » devient : « talc, oxyde de zinc àà 20, huile de cade 5, huile d'amande douce 15 »; et la formule « talc, oxyde de zinc, huile d'amande douce, eau àà 20 » devient : « talc, oxyde de zinc àà 20, huile de cade 10, eau et huile d'amande douce àà 5 », etc. — Quand on introduit un corps solide, par exemple une poudre, on re-

1. Le fard blanc peut être employé comme pâte, par exemple :

Sous-chlorure de bismuth	100 gr.
Talc et axonge	àà 60 gr.
Blanc de baleine	20 gr.
Glycérine pure	40 gr.

2. Citons à part les *Pâtes plombiques*, siccatives et à ce titre utiles dans les eczémias suintants, les dermites exulcérés, pemphigus, etc.

Bol blanc et glycérine.	àà 30 gr.
Oxyde de zinc et sous-acétate de plomb.	àà 20 gr.

Où :

Litharge finement pulvérisée	30 gr.
Vinaigre	80 gr.
Faire cuire jusqu'à consistance de pâte et ajouter :	
Glycérine.	10 gr.
Ou Dextrine, eau, glycérine	àà 25 gr.
Et faire cuire jusqu'à consistance de pâte.	

tranche la quantité introduite de la quantité des poudres inertes ; par exemple on aura : soufre 10, oxyde de zinc 10, talc et huile à à 20. — Quand on introduit un corps pâteux comme le goudron, on retranche un tiers sur le constituant liquide, deux tiers sur le constituant solide, on aura par exemple : talc 20, oxyde de zinc 13 et huile 17, goudron 10.

On conçoit que l'on peut facilement inventer les formules les plus complexes avec ces règles « évidentes » ; par exemple la formule « talc, oxyde de zinc, huile à à 20 » deviendra : « acide salicylique et camphre à à 1 gramme, soufre précipité lavé 5, talc 15, oxyde de zinc 14, goudron 10, huile d'amande douce 16 ». En effet, j'ai introduit le camphre, l'acide salicylique sans rien modifier, car les quantités sont trop petites ; j'ai retranché pour le goudron $\frac{1}{3}$ de l'huile et $\frac{2}{3}$ de la poudre d'oxyde de zinc. J'ai retiré le soufre de la poudre de talc, etc. D'ailleurs pour laisser plus de latitude au pharmacien, il est bon de mettre, lorsqu'il s'agit de formules complexes : « huile d'amande douce Q. S. pour une pâte mollé, environ 16 ».

4° Pâtes et pommades solubles dans l'eau à base de glycérine, gomme, etc. — Ces excipients n'employant pas de corps gras proprement dits sont moins occlusifs que les excipients à base de graisse et congestionnent moins la peau. Employées à quantité égale de poudre, les pâtes solubles sont donc encore plus perméables que les pâtes grasses, mais les pâtes grasses étant suffisamment perméables l'avantage de ces pâtes solubles est avant tout d'être lavables. Au contraire, pour les pommades, il est important d'avoir un excipient d'activité intermédiaire entre les pâtes poreuses et les pommades occlusives et c'est pour cela que nous plaçons les excipients solubles entre les pâtes et les pommades grasses. En outre ces pommades ont le très grand avantage d'être lavables à l'eau, ce qui facilite l'emploi des bains médicamenteux ; car lorsque le malade est enduit de pommade

grasse il doit, avant de prendre son bain, se savonner vigoureusement pour enlever l'enduit gras qui empêcherait le bain d'agir (v. Traitement du psoriasis, p. 226 et 227, note 3)¹.

Les principaux excipients solubles dans l'eau sont :

— *Mélanges glycéринés faits à froid* : — *pâte épaisse* : glycérine et oxyde de zinc aa; — *pâte molle* : glycérine, oxyde de zinc, eau aa. Le mélange de glycérine et de sous-chlorure de bismuth aa 10, eau (ou eau de rose) 50 est un fard blanc.

— *Glycérolés d'amidon du Codex* : glycérine 140 grammes pure et neutre, amidon 10 grammes, faire cuire à feu doux en remuant constamment jusqu'à consistance pâteuse. Cet excipient est excellent à condition qu'il soit fait avec de la glycérine pure et neutre; on peut lui ajouter un parfum par exemple 10 centimètres cubes d'eau de laurier-cerise ou quelques gouttes d'essence. On peut introduire des poudres qui le transforment en pâtes et beaucoup de médicaments actifs². Pour obtenir un bon mélange, il est préférable de ne pas mêler du glycérolé tout fait à ces corps, mais de mêler les constituants du glycérolé et ces corps en ajoutant 1/3 d'eau pour faciliter le mélange, puis de faire cuire le tout. (Si l'on a dû ajouter plus d'eau pour la commodité, il suffit de faire réduire d'un quart par exemple à feu très doux ou au bain-marie.)

On fabriquera ainsi les préparations suivantes :

Pâtes dures :

Glycérolé d'amidon neutre.	60 à 80 gr.
Oxyde de zinc.	40 à 20 gr.
(Ou oxyde de zinc et sous-nitrate de bismuth	aa 10 gr.)

1. Les crèmes sont pratiquement lavables à l'eau, ce qui est important à retenir en raison de leur douceur (v. p. 119) et l'on peut combiner leur application à des pulvérisations, etc.

2. Le glycérolé de sucrate de chaux a pour formule :

Chaux vive	80 gr.
Sucre pulvérisé	160 gr.
Glycérine	160 gr.
Eau	QS pour un litre.

Pâtes molles :

Eau.	60 gr.
Oxyde de zinc et glycérine.	àà 30 à 60 gr.
Amidon.	15 gr.

Ou :

Glycérine et oxyde de zinc.	àà 40 gr.
Dextrine et eau distillée.	àà 20 gr.

(Faire cuire jusqu'à consistance de pâte).

== *Glycérolé de savon* : glycérine neutre 80 à 92 parties, savon de noix de coco pur 20 à 8. On peut lui incorporer nombre de corps inertes : oxyde de zinc ; ou actifs : soufre, résorcine, goudron, acide salicylique, etc.

== *Pommade savonneuse*¹ : — axonge 40, huile d'amande douce 20, chauffer à 150°, puis ajouter savon amygdalin 40 et pendant le refroidissement IV gouttes d'essence de géranium (Darier) — ou bien savon blanc de potasse (v. p. 133) 20 à 50, lanoline 80 à 50, eau 100.

== *Glycérolés d'argile* (de Vigier).

Terre glaise humide des statuaires. . . .	100 gr.
Glycérine pure	50 gr.

Ou :

Argile sèche très finement pulvérisée. . .	75 gr.
Eau distillée	25 gr.
Glycérine pure	50 gr.

== *Mucilages gommeux* :

Mucilage de gomme arabique.	} àà 30 gr.
Glycérine	
Poudre (par exemple oxyde de zinc) . . .	

Ou onguent de glycérine :

Gomme adragante.	1 gr.
Alcool à 50°.	5 gr.
(Di-sous au bain-marie).	
Glycérine.	50 gr.

1. Ces excipients savonneux (à moins d'un tour de main) comportent plusieurs incompatibilités : les acides en général : pyrogallique, chrysophanique, les sels mercuriels solubles, etc.

= *Diadermine*. *Eudermine*, etc. La diadermine est un savon mou neutre renfermant de la glycérine (stéarate de soude).

5° Pommades onctueuses¹. — Les pommades sont des mélanges d'un excipient gras onctueux et d'un corps actif avec peu ou pas de poudre (1/10 au maximum); elles sont imperméables, occlusives, donc congestionnantes, « échauffantes », mais actives et pénétrantes.

Les excipients de pommades sont nombreux; on n'a que l'embarras du choix :

— *Vaseline pure* : la meilleure vaseline est la blonde. La vaseline blanche est fréquemment acide et irritante, aussi doit-on lui préférer les préparations à base de lanoline, ou d'huile dans les dermatoses irritables. Pour remédier à ce défaut de la vaseline, on a cherché à la modifier : les vasogènes sont des vaselines oxygénées plus dissolvantes et plus absorbables que la vaseline pure²; le vasenol est un mélange de vaseline, d'alcools gras, etc.

— *Vaseline 20, lanoline 10*.

— *Lanoline 20, huile d'amande douce* (ou d'olive) 15, 20, 40, formule excellente, peu irritante.

— *Huile (de ricin) 15, beurre de cacao 5*.

— *Cérat simple sans eau* (du Codex) : huile d'amande douce 300, cire blanche 100. Cet excipient a l'inconvénient de s'altérer et de rancir rapidement; il est préférable au cérat ordinaire de Galien qui contient de l'eau (huile d'amande douce 400, cire blanche 100, eau distillée de rose 300). Le cérat saturnin de Goulard, qui ne doit être préparé qu'au moment de l'emploi, contient : cérat de Galien 90, sous-acétate de plomb 10.

1. L'onguent est une pommade additionnée d'une résine. On ne se sert plus guère que de l'onguent styrax du Codex étendu d'un à deux volumes d'huile (gale, folliculites, eczémas secs, plaies lentes à cicatriser).

2. Incompatibilités des vasogènes : acides minéraux et organiques, sels acides, alcalis et sels alcalins.

— *Huile* (ou huile médicamenteuse, par exemple huile de cade) 40, *emplâtre simple* et *cire jaune* àà 10 — ou *huile et emplâtre diachylon* àà parties égales.

Le corps gras choisi, la manière de formuler est facile : on introduit facultativement un corps inerte en petite quantité (poudre minérale, oxyde de zinc, etc.), jusqu'à concurrence de 1/10, puis les corps actifs en proportion voulue. Le ou les corps actifs sont ordonnés sans solvants ou plutôt avec leur quantité suffisante d'eau, de glycérine, d'alcool, ou d'éther, pour les dissoudre, par exemple :

Acide salicylique	5 gr.
Alcool QS pour dissoudre.	
Vaseline	50 gr.

On retranche les quantités du corps actif ajouté, du constituant de même aspect physique, par exemple la formule « huile d'olive 30, cire 10 » devient : huile de cade 30, cire 10, etc. Si l'on mélange plusieurs corps actifs, il faut se méfier des actions chimiques qui peuvent s'effectuer entre eux et à la faveur de l'oxygène atmosphérique, d'où l'utilité de conserver les pommades en pots fermés ou plutôt dans des tubes malléables en étain ou en aluminium, identiques à ceux des couleurs à l'huile¹.

6° Pommades en bâtons. — Ces bâtons sont portatifs, propres et permettent le traitement dans le jour, et pendant le travail du malade; les principales formules sont :

— Cire jaune	} àà 45 gr.
Lanoline	
Huile d'olive	
	35 gr.
	(UNNA)

1. On vend dans le commerce des « mousselines-pommades » très propres et commodes; on colle des fragments découpés à la grandeur voulue sur les lésions, en pressant; on recouvre d'une feuille caoutchoutée quand on veut réaliser l'occlusion, d'une couche d'ouate quand on ne désire qu'une demi-occlusion. On maintient par une bande quelconque.

— Cire.	10 gr.
Adeps lanæ.	20 gr.
[LEISTIKOW]	
— Huile d'olive.	15 gr.
Paraffine.	10 gr.
Beurre de cacao.	55 gr.
[AUDRY]	
— Beurre de cacao.	75 gr.
Paraffine.	15 gr.
Huile d'olive.	10 gr.
[AUDRY et J. MONTRIS]	
— Paraffine et vaseline à parties égales.	
— Beurre de cacao et cire blanche.	à 25 gr.
Huile d'amande douce.	50 gr.

Vernis solubles dans l'eau. — Ces excipients¹ sont des enduits qui sèchent rapidement en dix minutes, formant une couche élastique propre, peu salissante et s'enlevant avec de l'eau. Le vernis d'Unna, par exemple, « assez poreux pour permettre la perspiration cutanée, qu'il augmente même un peu, a l'avantage de renfermer de la graisse, il tient donc le *milieu entre les pommades grasses d'une part et les pâtes et poudres d'autre part*. On peut lui incorporer toutes les substances qui ne coagulent pas la caséine » : poudres inertes (oxyde de zinc), soufre, goudron, huiles, acide pyrogallique, etc. Le grand avantage de ces excipients sur les pommades est leur propreté.

La formule est :

Caséine	14 gr.
Alcalis { Potasse	0 gr. 35
{ Soude.	0 gr. 08
Glycérine	7 gr.
Vaseline.	21 gr.
Phénol et oxyde de zinc	à 0 gr. 50
Eau QS p. ...	100 (environ 56).

1. On vend dans le commerce des vernis semblables : gélanthe, mélange d'eau, de gomme adragante, et de gélatine, et le plus

Colles et gélâtines. — Les colles sont des mélanges gélatinés solides à froid, solubles dans l'eau chaude. Elles sont perméables, décongestionnantes et surtout protectrices et antiprurigineuses. Elles sont indiquées dans les prurits, dans les eczémas prurigineux et dermites, *non* suintantes, dans les ichthyoses, etc. Elles sont contre-indiquées dans les lésions suintantes et les infections : pyodermites. Les formules françaises sont détaillées p. 311¹.

Unna donne les deux formules suivantes :

<i>Gélatine molle :</i>		<i>Gélatine dure :</i>	
Oxyde de zinc . . .	45 gr.	Oxyde de zinc . . .	40 gr.
Gélatine	45 gr.	Gélatine	30 gr.
Glycérine	25 gr.	Glycérine	30 gr.
Eau	45 gr.	Eau	30 gr.

Ces excipients peuvent contenir la plupart des médicaments actifs. Pour les introduire dans la gélatine dure, on retranche les corps pulvérulents solides ou pâteux de la quantité de l'oxyde de zinc; on incorpore ainsi 1 à 10 p. 100 de soufre, de précipité blanc (et non oxydes jaune ou rouge de mercure), chrysarobine (et non acide pyrogallique), céruse et iodure de plomb (et non tannin), iodoforme, menthol, etc. Ces mêmes corps peuvent être introduits, sans modification de la formule, dans la gélatine molle. Au contraire, les corps qui s'opposent à la dessiccation de la gélatine : huiles, goudron, acide phénique, acide salicylique, résorcine, ne doivent être incorporés qu'à la gélatine dure; on émulsionne les huiles, souvent d'un corps gras), laccoderme (à base de caséinate de soude), etc.

1. On vend dans le commerce des colles d'oxyde de zinc pures ou médicamenteuses montées sur tarlatane, on les mouille rapidement dans l'eau chaude et on les applique aussitôt sur la région malade.

dron, etc., avec leur poids de savon médicinal. On évitera enfin les corps qui insolubilisent la gélatine : acide pyrogallique, oxyde de mercure, tannin, etc.

Vernis insolubles dans l'eau, mais perméables à la perspiration cutanée : collodions. — Les collodions favorisent plutôt la perspiration, ils sont donc proches des colles et des pâtes et moins congestionnants que les traumaticines et les emplâtres ; ils agissent plus activement que les pommades, on emploiera les *pellicules adhésives* plutôt que le *collodion élastique du Codex* :

Fulmicoton.	6 gr.
Acétone.	} à 40 gr.
Éther alcoolisé	
Huile de ricin.	8 gr.
[VIGIER]	

On peut incorporer à ces vernis de l'huile de cade (v. p. 230), acide salicylique (v. p. 708), acide pyrogallique ou chrysophanique (v. p. 231), sublimé (v. p. 709), etc.

Les incompatibilités sont : acide chromique, permanganates, sels d'or et d'argent, acide phénique, créosote impure, tannin (pour le collodion à l'acétone).

L'application est simple, rapide, propre et fixe. Les inconvénients sont de se fendiller, de déterminer la rétraction de la peau et souvent de l'irritation douloureuse, de favoriser les infections ; il est donc indispensable de *désinfecter la peau soigneusement avant de les appliquer* : par exemple avec l'alcool-éther iodé.

Sparadrap-emplâtres et épithèmes ou emplâtres caoutchoutés (ou mousselines emplâtres). Le sparadrap est un tissu (de lin ou de coton) recouvert d'emplâtre, c'est-à-dire d'un enduit solide, se ramollissant en le chauffant légèrement et devenant adhérent à la peau. L'épithème ou emplâtre caoutchouté (ou mousseline

emplâtre) est une forme perfectionnée permettant d'incorporer des médicaments actifs en plus grande quantité que dans le sparadrap : par exemple 2 à 5 grammes de la substance agglutinative indifférente et inaltérable (gutta percha ou gomme dissoute dans la benzine ou dans l'oléate d'alumine purifié) suffisent à coller 30 à 50 grammes de médicaments sur une mousseline d'un mètre carré; on a par conséquent le *maximum d'action médicamenteuse* avec une grande simplicité d'application et une propreté parfaite. C'est donc le moyen de choix sur des lésions non irritables pas trop étendues.

Le praticien n'a pas besoin de s'embarrasser la mémoire des formules des emplâtres, car ce sont des préparations codifiées toutes faites; il suffit de connaître certains corps irritants ou toxiques de leur composition :

Sparadrap-emplâtres du type ancien : — L'emplâtre simple contient $\frac{1}{5}$ de litharge (protoxyde de plomb).

— L'emplâtre diachylon gommé contient $\frac{1}{6}$ de litharge et $\frac{1}{31}$ de térébenthine et d'essence de térébenthine.

— L'emplâtre mercuriel de Vigo contient de la litharge, du styrax, de la térébenthine, du mercure.

— L'emplâtre rouge de Vidal a pour formule : minium 250 (deutoxyde de plomb) cinabre (sulfate rouge de mercure) 150, emplâtre diachylon 2 600.

Emplâtres nouveaux caoutchoutés. Ces formules nouvelles s'efforcent d'éliminer les composés plombiques; en effet la litharge peut être irritante, toxique, et comporte des incompatibilités : elle noircit par exemple, en présence des sulfures. On a donc intérêt dans beaucoup de cas à remplacer l'oxyde de plomb par l'oxyde de zinc : on ordonnera l'emplâtre à l'*oxyde de zinc*¹ sans résine (Cavaillès) et même, si l'on veut, sans caoutchouc (formule Debuchy).

Les emplâtres de Cavaillès ont comme excipient un mélange à parties égales de vaseline, résine, solution de caoutchouc; on peut leur incorporer à froid jusqu'à 30 p. 100 de corps actifs.

Les emplâtres de Vigier ont comme excipient le mélange :

Gomme dammar triée.	50 gr.
Lainine anhydre	60 gr.
Cire jaune	30 gr.
Poudre d'iris	20 gr.
Solution éthérée de caoutchouc à 1/10	200 gr.

On peut incorporer aux emplâtres la plupart des corps actifs usuellement employés : oxyde de zinc 10 p. 100; acide salicylique 1 à 10 p. 100 (lichen, etc.); essence de menthe 1 à 2 p. 100, phénol 1 à 2 p. 100, naphtol 5 p. 100 (prurits); huile de cade 10 p. 100 avec ou sans acide salicylique, avec ou sans acide pyrogallique 5 à 10 p. 100 (psoriasis); savon noir (acné, lupus érythémateux, kératose); résorcine (pyodermites); créosote, résorcine, acide pyrogallique et salicylique mêlés (lupus), etc.

L'un des composants de la masse emplastique peut être remplacé par un médicament, goudron, huile de cade, soufre, huile de foie de morue. On a par exemple l'emplâtre à l'huile de foie de morue excellent dans les prurits :

Emplâtre fait avec de l'huile de foie de morue	600 gr.
Cire jaune.	250 gr.
Huile de foie de morue	350 gr.

[VIDAL]

(On peut lui ajouter de l'acide phénique 1 p. 100 ou du naphtol 5 p. 100, etc.)

1. Beaucoup d'emplâtres dits à l'oxyde de zinc renferment encore du plomb. Par exemple, l'excellent emplâtre de l'hôpital Saint-Louis est fait suivant la formule de Portes :

Emplâtre simple (dont 1/5 de litharge)	720 gr.
Cire jaune	400 gr.
Lanoline caoutchoutée.	1 800 gr.
Oxyde de zinc	600 gr.

L'excellent excipient, que constitue l'emplâtre, se prête donc à toutes les combinaisons thérapeutiques et le médecin peut faire une ordonnance d'emplâtre comme il fait une formule de pommade.

Vernis insolubles dans l'eau et imperméables : Leur action est de même ordre que celle des emplâtres, la forme la plus employée est la *traumaticine*, solution de 1/10 de gutta-percha dans le chloroforme (voir psoriasis p. 236). On peut incorporer à la traumaticine la plupart des médicaments actifs : chrysarobine, etc.

Savons. Les savons, ou sels sodiques et potassiques des acides gras, sont trop connus pour qu'il faille les définir. Les savons pénétrant facilement l'épiderme constituent un vecteur puissant des médicaments actifs ; ils ont par contre l'inconvénient d'être irritants lorsqu'on les laisse en place.

— Les *savons mous* sont à base de potasse ; ce sont les plus actifs mais aussi les plus irritants. Les *savons noirs* et *verts* en sont le type, ils contiennent l'excès de potasse qui a servi à la fabrication et la glycérine qui s'est dégagée pendant la saponification. Leur teinte verte est due à du sulfate de fer ou du sulfate de cuivre ; la teinte noire à la noix de galle, au bois de campêche. Ils sont très actifs pour décaper les lésions squameuses (psoriasis, lupus) ou pour exfolier la peau (acné, seborrhée) ; mais ils sont caustiques, irritants, sales et l'on doit surveiller attentivement leur action. Aussi doit-on leur préférer des *savons mous blancs* moins irritants : axonge blanche ou huile de coco 200, potasse caustique pure 70, eau distillée 600, saponifiés à chaud, réduire à 500 et ajouter stéarine 100, eau 100 (Vicario). On peut incorporer divers corps actifs, naphтол, chrysarobine (v. p. 236), résorcine, etc. (v. p. 360), soit au savon pur, soit au *mélange savon-alcool* : savon noir

100, alcool à 95° 50, essence de lavande 0,50 (ce mélange constitue l'esprit de savon de Hébra) Au contraire les sels mercuriels, les acides, les sels de plomb sont décomposés.

— Les *savons durs* sont les sels de soude : savon de Marseille, etc. On peut leur incorporer beaucoup de corps actifs : huile de cade 10 p. 100, goudron, ichthyol 10 p. 100, acide pyrogallique 2 p. 100, etc., résorcine, naphthol, etc., soufre, sublimé (en ajoutant du tartrate de soude), borate de soude, etc., tannate de soude 10 p. 100, tannate de zinc 5 p. 100, etc., et même pierre ponce ou poudre de marbre pour user les kératoses (il y a trois numéros de ces savons ponce correspondant à des grains de pierre de plus en plus gros).

— Si ces savons durs sont mal supportés, on recommandera les savons liquides ou les *savons sur-gras* :

Excellent suif de bœuf (et non huile de noix de coco)	16 parties	
Huile d'olive.	2	—
Lessive de soude récemment préparée à 38° Baumé.	6	—
Lessive de potasse récemment préparée à 38° Baumé.	3	— [UNNA]

(Le mélange de 2/3 de soude et 1/3 de potasse rend le savon plus actif tout en le laissant solide et non irritant, la quantité d'alcalins est telle que le mélange doit être neutre, il est recommandé de ne pas ajouter de parfum.)

On peut incorporer à ces savons sur-gras la plupart des produits actifs et ils constituent un excipient excellent.

Coloration des excipients. On peut rendre esthétiques et mondains la plupart de ces excipients en leur ajoutant un parfum : essence de rose, X gouttes p. 100, essence de violette ou de lavande, etc., et en leur donnant une teinte analogue à celle de la peau : il suffit à la masse blanche d'oxyde de zinc, talc, sous-chlorure de bismuth, etc., d'ajouter du jaune (ocre jaune, terr

d'ombre) ou des médicaments de teinte jaunâtre quand ils sont dilués (goudron et corps bruns de cette série : ichthyol) et surtout du rouge : bol rouge d'Arménie 0,10 à 0,30 p. 100 d'excipient; éosine 2 à 5 centimètres cubes d'une solution à 1/500 pour 100 parties de médicament à colorer; carmin; vermillon, etc.

On peut combiner avec avantage l'éosine et le bol rouge, par exemple on aura : — la pommade : ichthyol 4, excipient gras (blanc) 36, solution d'éosine (à 0,20 p. 100) XL gouttes; — la pâte : argile rouge 0,12, glycérine XXV gouttes, pâte à oxyde de zinc 40, solution d'éosine (à 0,20 p. 100) VIII gouttes (Rausch); — la poudre : oxyde de zinc et bol rouge ââ 2, carbonate magnésie et bol blanc ââ 3, fécule de riz 10 (Unna), etc.

II. — CORPS ACTIFS

Dans beaucoup de cas on emploie les excipients précédents sans rien leur ajouter, mais souvent on introduit dans leur masse un ou plusieurs corps actifs auxquels ils servent de support, de vecteur, ou plus exactement de moyen d'application.

Ces corps actifs sont nombreux¹, voici les plus fréquemment employés avec les renseignements sur leur solubilité² et leurs incompatibilités qui faciliteront la rédaction des formules.

1. Je ne cite pas les préparations immuables et toutes faites du Codex, tels que les emplâtres de Vigo, etc., les onguents mercuriels, belladonnés ou non, etc.

2. Pour les solubilités, le signe ∞ veut dire que le corps est soluble en toutes proportions; les fractions, 1/10 par exemple, signifient qu'une partie du médicament est soluble dans 10 parties du liquide.

Formulaire des principaux médicaments dermatologiques externes.

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES maxims	SOLUBILITÉ ¹ DANS				INDICATIONS	CONTRÉ-INDICATIONS et CONTRE-INDICATIONS	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	éther	huile			
Acide acétique.	1 à 10 %	Pur.	∞	∞	∞	∞	Antiprurigineux (v. p. 307). Piloexcitateur (v. p. 747).	Irritant.	Bases.
(Acide trichloracétique dix fois moins.)	1 à 10 %	Pur.					Kératolytique et caustique (v. p. 708).		
Acétone	10 à 100 %	Pure	∞	∞	∞	∞	Antiséborrhéiquesolvantdes graisses (v. 336 à 338).	Desséchant et légèrement irritant.	Bisulfite de soude.
Aconit (teinture de feuilles)	20 à 80 %	Pure.	∞	∞	∞	Extrait.	Anesthésique, antiprurigineux à employer sur une petite surface muqueuse (vulvaire, anal) (v. p. 307).	Toxique.	
Adrénaline (chlorhydrate d')	1 mmgr.	5 mmgr	∞	Miscible à la glycérine.			Antidélangiectasique (v. p. 716).	Toxique.	Oxydants (perman-ganates, etc.), teinture d'hamamélis.
Arool (oxyiodogalate de bismuth)	5 à 10 %	Pur.		Insoluble.			Antiseptique (v. p. 93) et cicatrisant.		
Alumine (borotannate d')	10 à 20 %	Pur.					Autoseptique (v. p. 93) et astringent contre l'eczéma suintant.		
Alun	5 à 50 %	Pur.	1/10	0	1/2, 50 dans glycérine.		Astringent contre les engelures (v. p. 675), l'herpès (v. p. 272), caustique contre végétations (v. p. 716).		Alcalis et leurs carbonates; sels de plomb, de chaux, émétique, infusés, astringents, lait.
Amidon	10 à 30 %	Pur.	0	0	0	0	Calmant (v. p. 184), antiprurigineux (v. p. 308).	Formentescible.	Iode, acide et alcalis.
Ammoniaque	10 à 100 % 1 à 5 %		∞	∞	0	Peu.	Rubéfiant et irritant (v. p. 95), vésicant, caustique léger. Piloexcitateur (v. p. 749).	Odeur.	Acides, aluns, sels métalliques et organiques.

¹ Pour les solubilités, le signe ∞ veut dire que le corps est soluble en toutes proportions; les fractions sont solubles dans 10 parties du liquide.

Chlorhydrate d'ammoniaque.	2 à 5 %	1/3	1/9	1/5 dans glycérine.	Antitétrangictasique (v. p. 716).	Alcalis et leur carbonate, acétate de plomb, azotate d'argent.
Anthrachine.	5 à 10 % 10 à 20 %	0	0	Soluble 10% dans mélange alcool et glycérine.	Antipigmentaire (v. p. 726).	Alcalis et leurs carbonates : chlorures, bromures, cyanures, sulfates, phosphates, acide tartrique et chlorhydrique, matières organiques.
Argent (azotate d'). L'albuninate (argentine) et le caséinate (argentine), le nucléinate (argent), le protéate (protargol) d'argent sont doués des mêmes propriétés antiseptiques tout en étant moins caustiques.	1 % à 10 %	1/1	1/10	Très soluble dans glycérine, réduit.	Antieczémateux (v. p. 186), cicatrisant antiprurineux, caustique, antiseptique.	
Argent colloïdal (collargol).	1 % en collaire, 10 à 30 % en pommade	1/25	0	0	Pommade résolutive antiseptique (v. p. 475), antiseptique non toxique.	
Iriale (thymol bi-iodé).	5 à 20 %	Pur.	0	Soluble.	Antiseptique (v. p. 93) contre la bromhidrose plantaire.	Acides et sels qui précipitent l'argat. On peut associer le collargol et l'onguent gris (mercure).
Acide arsénieux . . .	1 à 10 %	1/80	1/141	1/5 dans glycérine.	Caustique amencancéreux (v. p. 653).	Eau de chaux, azotate d'argent, hydrosulfates, décolorés astringents.
Arsenic (sulfure jaune d'arsenic ou orpiment).	4 à 10 %	0	0	0	Épilatoire (v. p. 751) associé à la chaux.	
Baume du Pérou. . .	10 à 100 %	0	Soluble.	Peu soluble.	Parasiticide : gale (v. p. 436), réducteur antiséborrhéique (v. p. 342), etc., parfums miscible aux solutions alcool-glycérinées.	
Benjoin (teinture de).	5 à 100 %	Pur.	Precipité.	Miscible.	Cicatrisant, engelures, fissures, etc. (v. p. 675), miscible à la glycérine	Eau et alcool faible.

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES maxima	SOLUBILITÉ DANS			INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS et CONTRAINDIQUES	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	éther	huile		
Bismuth (sous-azotate de). L'oxychlorure et le salicylate ont les mêmes propriétés	10 à 30 %	Pur.	0	0	0	0		Sulfures solubles, soufre, kermès.
Blen de méthylène	1 à 5 %	Pur.	1/20	1/30				
Borate de soude (borax).	2 à 10 %	Pur.	1/32	0	1/2 dans glycérine.			Acides forts, hypochlorites de chaux, de magnésium, de potassium et bicarbonate de soude en solution glycéro-rinée.
Bouleau (huile de).	10 à 50 %	Pur.	0					
Cade (huile de).	Id.	Id.	0					
Camphre	1 à 10 %	30 %	0	1/10 Très.	Soluble. Très.			Résines, gommes-résines, nausc.
Cantharides (teinture de)	0,50 à 5 %							
Chaulmoogra (voir gynocardia)								
Chaux (oxyde de calcium).	10 à 20 %	50 %	1/781	0				Acides, sels acides, carbonates solubles, infusés, sels de mercure.
Eau de chaux	1 à 100 %							
Hypochlorite de chaux.	1 à 5 %	Pur.	2/45					Acides, sels, acides, opium, albumine, gélatine.

Chloral (hydrate de).	1 à 10 %	30 %	Très.	En partie.	En partie.	Peu.	Antiprurigineux (v. p. 307), antiseptique, antiséborrhéique, plicarditeur (v. p. 748).	Alcalis et carbonates alcalins.
Chlorate de potasse.	1 à 10 %		1/16	0	0	1/50 dans glycérine.	Antiseptique, anticancéreux (v. p. 655).	Substances facilement oxydables, matières organiques, charbon, quinquina, tannin, sucre.
Chlorhydrique (acide).	1 à 20 %	Pur.	Très.	Soluble.	En partie.	0	Antiprurigineux (v. p. 307), caustique (v. p. 708).	Alcalis et leurs carbonates, sels d'argent, de plomb, protosels de mercure.
Chromique (acide).	1 à 10 %	Pur.	Très.				Caustique violent.	Alcools, substances organiques.
Chrysarobine.	1 à 10 %	15 à 20 %	0	Presque insoluble.		0	Réducteur, antipsoriasique (v. p. 232), étiofant (v. p. 360), antiteigneux (v. p. 632).	
Acide chrysophanique.	1 à 10 %	15 % ?	0	Peu soluble.	Peu soluble.		Idem. La chrysarobine est soluble dans le chloroforme et la benzine; l'acide chrysophanique est soluble dans le chloroforme et les alcalis et se colore en rouge.	
Coaltar (goudron de houille).	1 à 10 %	Pur.	0	En partie.			Réducteur antieczémateux (v. p. 186), antipsoriasique, etc. (v. p. 229 note 2), antiseptique, etc. (v. p. 376, pityriasis).	
Coca (décocté de feuilles).	1 %	10 %					Antiprurigineux (v. p. 307).	
Cocaine (chlorhydrate et corps de la même série).	1 à 5 %	10 %	1/0,5	Peu.		0	Antiprurigineux (v. p. 307), anesthésique. La cocaine au contraire du chlorhydrate est soluble dans l'huile et corps gras.	Tannin, iode, acide picrique, oxydants.
Créosote.	1 à 10 %	Pure.	1/300	∞	∞	∞	Antiseptique, antituberculeux, antiaugreux.	Eau albumineuse.

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES maximas	SOLUBILITÉ DANS				INDICATIONS	CONTRÉ-INDICATIONS et INCONVÉNIENTS	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	éther	huile			
Quivre (sulfate de).	0,50 %	Pur.	1/3	0	0	1/3,33 ans glycérine.	Antiseptique (v. p. 53), caustique.		Sulfures, sels de plomb, désoctés astringents, borax, alcalis et leurs carbonates.
Dermatol (sous-gallate de bismuth).	10 %	Pur.	0	0	0	0	Antiseptique.		
Diiodoforme	10 %	Pur.	0	Peu.			Antiseptique.		
Eucalyptol.	1 à 10 %	Pur.	0	∞	∞	∞	Antiseptique des muqueuses, antitangreneux.		Iode ?
Per (sous-carbonate de) (ses sesquioxyde de fer hydraté) . . .	3 à 10 %	Pur.	0	0	0	0	Antiseptique cicatrisant (v. p. 395).		
Formol (liquide du commerce)	0,10 à 1 %	Pur.	∞	∞	Très peu.	0	Antiseptique, antitangreneux, pilloexcitateur.	Irritant.	Sels d'argent, bisulfite de soude.
Fuchisine.	1 à 5 %		Soluble.	Peu.			Antiseptique contre l'impétigo (v. p. 391).	Pouvoir colorant.	
Gaiacol.	1 à 5 %	Pur.	1/52,5		Très soluble.		Antiprurigineux (v. p. 308).	Odeur.	
Goudron végétal . .	Voir cellar.		Très peu.		Soluble.		Antiseptique, antitangreneux.		Perchlorure de fer.
Huile de gynocardia odorata ou de chaumoogra	10 à 50 %	Pure.	0	0	Soluble.	Soluble.	Antilépreux (v. p. 579) insoluble dans glycérine.		
Acide gynocardique.	1 %		0	Soluble.			Antilépreux (v. p. 579).		
Hamamelis virginica (extrait fluide) . .	1 à 10 %	Pure.	Soluble.				Antitétanogectasique (v. p. 715).		
Ichthyol	Voir goudron.		Stimulante.	Peu.	Soluble.	Très.	Réducteur faible calmant (v. 92).		Sels, acides.

Iode	1 à 10 %	50 %	1/7000	1/12 alcool à 90° 1/9 alcool à 95°	1/20	Très.	Antiseptique (v. p. 93), caustique (v. p. 411), antidi-gneux (v. p. 624 et 631), soluble dans 1/3 de glycérine ou de chloroforme.	Adrénaline, qui-nine.	gommes, anidons, tanins et substances qui en contiennent, alcaloïdes et leurs prépara-tions (sulfosolu-tions alcooliques : noir opium, alcalis et carbonates alcalins; sels métalliques.
Iodoforme et succé-danés : iodoforme, gene, iodo-phène, etc	10 %	Pur.	0	1/80	1/6	Très	Antiseptique (v. p. 93), ci-trisant (v. p. 98), insolu-bile dans glycérine.	Odaür.	Ammoniaque.
Iodure de fer.	5 à 15 %		Soluble.	Soluble.	0	0	Resolutif et antiseptique contre les mycoses.	Très instable.	Iodure de potassium alcalin, acides, sels acides, alcali, sulfates, tannins
Iodure de potassium.	10 %		1/0,8	1/12	1/2,5 de glycérine.				Idém + sel de plomb. de mercure, d'ar-gent.
Jaborandi (teinture de)	1 à 10 %		Soluble précipite lactescent.	Soluble.	Soluble.	0	Piloexcitateur (v. p. 748).		Iode, tannin. acide. picrique.
Et pilocarpine (azotate de).	0,25 %		Soluble.	Soluble.	0	L'alcaloïde est so-luble.	Idem.		Alcalis.
Lactique (acide).	1 à 50 %	Pur.	∞	∞	∞	0	Antiseptique caustique (v. p. 564), contre le lupus (v. p. 523), les verrues (v. p. 709), antipigmentaire (v. p. 729).		Sels de zinc.
Laurier - cerise (feuilles de).	2 %	10 %	∞	∞	0	0	Antiprurigineux (v. p. 307).		Sels de mercure et d'argent.
— (eau de).	2 à 5 %	10 %					Idem.		

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES maxim.	SOLUBILITÉ DANS				INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS et INCONVÉNIENTS	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	ether	huile			
Magnésie (carbonate de), Mastic.	1 à 50 % 50 % dissous dans du benzol ou du chloroforme.	Pur.	0 0	0 En partie.	0 Très.	0	Calmant. Cicatrisant antiseptique (v. p. 98) surtout après les cautérisations ignées.		Acides et sels acides.
Menthol (et essence de menthe).	1 à 5 %		0	∞	∞	∞	Antiprurigineux (v. p. 308), forme un liquide avec le camphre, naphтол, phénol, pyrogallol, salol, thymol. Caustique violent contre les verrues, etc. (v. p. 71 ^{re} , note 1).	Très toxique.	Sels organiques, argent, cuivre, or, alcalis, carbonates, sulfures, tannin, albumines.
Mercure : azotate mercurique (ou nitrate acide de m.).	1 % ou pur.		∞	Réduit.	Réduit.	Réduit.			Acides, alcalins, iodures solubles, poudres métalliques, lait aux amandes, cyanure, eau de laurier-cerise.
— Chlorure mercurieux (ou calomel ou précipité blanc),	0,50 à 5 %	30 *	0	0	0	0	Antiseptique (v. p. 93) et réducteur (v. p. 82), peut être associé à l'acide chrysophanique, salicylique, opium, tannin, gomme arabique, baume du Pérou. soufre, camphre, acétate de plomb, oxyde de zinc, sous-azotate de bismuth, benjoin.		Alcalis, carbonates, sulfures, iodures, savons, métaux, décoctés astringents, albumines.
— Chlorure mercurique (sublimé). . .	0,10 à 1 %		1/15	1/4	1/4	1/14 glycérine.	Antiseptique (v. p. 93), piloclitateur (v. p. 748), antiprurigineux (v. p. 307), antipigmentaire (v. p. 756), peut être associé au chlorhydrate d'ammoniaque, acide phénique, acide chrysophanique, essence de térébenthine, alcool, camphre.		

Mercure : — cyanure de mercure	1/8	1/20	1/4 glycérine.	Antiseptique.	Acides, sels acides, sels métalliques.
— Protoiodure	0	0	0	Antiseptique (v. p. 93), réducteur (v. p. 92).	Alcalis, sulfures, iodures, chlorures solubles, lumière.
— Biiodure	0	1/13	1/50 dans l'huile d'ricin, 1/25 dans l'huile de noix.	Idem, soluble dans la solution aqueuse d'iodure de potassium.	Alcalis et leurs carbonates, iodures et chlorures solubles.
— Oxyde mercurique (oxyde jaune et oxyde cuivré précipité rouge).	Très peu	0		Antiseptique excellent (v. p. 93, 300), réducteur (v. p. 92, 238), peut être associé à opium, acétate de plomb, camphre, oxyde de zinc, alun, térébenthine, soufre, résorcine, goudron.	Sulfures, chlorures, iodures, acides et sels acides, graisses rances.
— Turbith minéral (ou précipité jaune ou sous-sulfate de mercure)	1/12000	0	0	Idem.	
— Sulfure rouge (ou cinabre)	0	0	0	Antiseptique et réducteur, employé pur en fumigations antiparasitaires : 4 à 30 gr.	Toxique.
Naphtalan	0		∞	Réducteur doux, insoluble dans glycérine.	
Naphtol α ou β	1/1000	Très.	Très.	Antiseptique antiparasitaire (gale v. p. 440), réducteur (v. p. 92), exfoliant (v. p. 360), antiséborrhéique (v. p. 389). On peut l'associer au camphre et à l'iode — naphtol camphré iodé.	Perchlorure de fer.
Opium (extrait)	Soluble.	En partie	0	Antiprurigineux (v. p. 307), — analgésique.	Alcalis et leurs carbonates : sels d'argent, de mercure, de fer, de plomb, tanins, iode, selsures.

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES marina	SOLUBILITÉ DANS				INDICATIONS	CONTRA-INDICATIONS et INCONVÉNIENTS	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	éther	huile			
Opium, laudanum.	2 à 20 %		Soluble mais en précipitant l'alcool à 30°.		0	0	Antiprurigineux (v. p. 307), analgésique.		On peut mêler une solution alcoolique (teinture d'opium) et la teinture d'iode, mais non deux solutions aqueuses, opiacée et iodée.
— Chlorhydrate de morphine.	5 %	10 %	1/24	1/50		1/5 glycérine.	Idem. La morphine est soluble dans l'huile, les sels sont insolubles. Idem.		
— Pavot (têtes de). Orthoforme. Orpiment (voir arsenic).	1 % 5 à 20 %	Pur	Pur.	Soluble.	1/50	Soluble.	Antiseptique, anesthésique des ulcérations, des exulcérations post-bulleuses (v. p. 265).	N ^o l'employer qu'en poudre ou en solution alcoolique saturée (et non en pommade) afin d'éviter l'intoxication.	Oxydants : permanganate, chlorate, etc.
Panama (voir quila). Permanganate de potasse.	1 à 5 %	Pur.	1/16	Incompatible.			Antiseptique cicatrisant excellent, contre le lupus (v. p. 514), etc.	Tache.	Toutes les substances organiques, alcools, glycérine, sucre, toutes les infusions végétales.
Pétrole. Naal ou acido phénique (n phénosyl).	50 à 100 % 0,50 à 1 %	50 %	0 10/1 et 1/17	0 Très.	Soluble. Très.	Soluble. Très.	Antigaleux (v. p. 437, note 1) Antiprurigineux (v. p. 307), antiseptique, anesthésique (v. p. 553). Peut s'associer au tannin, chloral, iode, térébenthine, camphre, opium et morphine, cocaine.	Odeur et irritant. Gangrène, intoxications, urines noires, néphrite : l'alcool exagère l'action nécrasante alors que l'huile et la glycérine la diminuent.	Oxydants, eau bromée, perchlorure de fer.

Picrique (acide), et acide picronitrique.	0.20 à 1 %	5 °	1/35 1/100	Soluble. Soluble.	Soluble.	Antiseptique cicatrisant des exulcérations post-bul- leuses, des brûlures, etc., des eczêmas (v. p. 187), contre l'érysipèle.	Intoxication.	Cyanure de potas- sium, réducteurs, sels de potassium et d'ammonium en solution aqueuse.
Plomb (acétate et sous-acétate).	0.30 à 5 %	20 °	1/2	1/8		Antiseptique (v. p. 390), anti- eczémateux, siocatif (v. p. 187), antipigmentaire (v. p. 726). On peut l'asso- cier au sulfate de zinc et tannin (?), landanum et opium (?), sublimé(?), oxyde de zinc, alun, camphre.	Légèrement toxique.	Iodures alcalins, bo- rax, eau commune, lait, acides chlo- rhydrique, phos- phorique, sulfuri- que, et leurs sels solubles, tannin(?), aloès, préparations opiacées (?).
Potasse (oxyde hy- draté de).	3 à 50 %		Très.	Très.	0	Caustique, kérotylique. On peut l'associer à la chaux vive (= caustique Filhos) à l'extrait d'o- pium.	Irritant.	Acides.
— Azotate de potasse. 0.50 à 1 % — Bromate de potasse. 0.50 à 2 %	10 %		1/4 1/10	Peu. 0	0 0	Piloexcitateur (v. p. 748). Caustique.		Acide picrique. Matières organiques en poudre.
— Carbonate de potasse. 1 à 100 %			1/1	0	0	Kérotylique antigaleux (v. p. 438).		Sels de mercure, de fer, de magnésie, chaux, acides et sels acides, eau de chaux, infusés végétaux, chlorhy- drate d'ammonia- que.
Pyrogallique (acide).	1 à 5 %	10 %	10/25	Très.	Très peu.	Réducteur (v. p. 233), anti- septique, antioigneux (v. p. 632), exfoliant (v. p. 360), anticancéreux.	Intoxication tenant la peau et les cheveux en brun.	Alcalis.
Quillaya ou sapo- nine (teinture au 1/5 ou décocté à 2 %).	20 %		Précipité.	Solable.	0	Antiseptique antisoboréti- que (v. p. 339).		

MÉDICAMENTS	DOSES habituelles	DOSES maxima	SOLUBILITÉ DANS				INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS et CONTRE-INDICATIONS	INCOMPATIBILITÉS
Quinquina (décoc- tion, etc.	12 % de poudre.	Poudre pure.	Extrait aqueux.	Extrait alcool.	Extrait éthér.	huile	Antiseptique contre les es- chares.		Acides, alcalis, sels de fer, de zinc, mercure, tannin. Idem, infusés.
Quinine.	1 %		0	Assez soluble.	1/1		Piloexcitateur (v. p. 748).		
Sulfate de quinine neutre	1 %		1/11	Très.			Idem.		Idem.
Résorcine	0.50 à 5 %	25 %	2/1	Très.	Très.		Réducteur (v. p. 238 note 1), antiseptique (v. p. 389), ex- foliant (v. p. 360), antisebor- rhéique. On peut l'associer au phénol, goudron, etc.		Oxydants (solution rouge).
Sabine (poudre de).	30 à 100 %						Caustique escharrotique con- tre les verrues, végétations On peut l'associer au calo- mel, au sublimé, à l'alun.		
Salicylique (acide) .	1 à 10 %	50 %	1/500 à froid.	1/2.5	1/2		Réducteur (v. p. 230), kéra- tolytique excellent (contre le lichen (v. p. 309-314), les verrues (v. p. 708), exfo- liant (v. p. 360), antisepti- que (v. p. 390).		Perchlorure de fer.
Sanoforme (voir io- doforme).	1 à 5 %		1/13	Soluble. 0	Soluble. 1/13 de glycérine.		Antiséborrhéique (v. p. 337).		Acides et sels acides, sels de mercure, de fer, chlorhydrate d'ammoniaque, eau de chaux, infusés végétaux. Idem.
Soude (bicarbonate).									
— (Carbonate de).	10 %	50 %	1/2	0	0		Kératolytique antigaleux (v. p. 438) et bains.		
— (Hypochlorite de) ou eau de Javel. .	5 %	Pur.	∞	Fernation			Antiseptique puissant et ex- foliant.		

MÉDICAMENTS.	DOSES habituelles	DOSES maxime	SOLUBILITÉ DANS				INDICATIONS	CONTRE-INDICATIONS et MOYENS	INCOMPATIBILITÉS
			eau	alcool	éther	huile			
Essémbentige. (est essence de). . .	5 à 20 %	100 %	0	Peu.			Irritant, pilooxiateur (v. p. 748), antigangreneux (v. p. 434).	Irritant, odeur.	
Thiolum (acétate de). Thiol (voir goudron). Thuya (teinture de). Traumatol (voir iodorme).	1 à 2 % Pure.	3 à 5 %	Soluble. 0	Soluble. Soluble.	Très. Soluble.	∞	Épilateur (v. p. 752). Antiverruqueux (v. p. 710).	Intoxication.	
Trioxyméthylène (ou paraform). . . .	1 à 10 %		0	0	0		Antiseptique (v. p. 411), antileigneux, antigaleux. Pur, il constitue un caustique.	Irritant.	
Tumesol (voir goudron). Turbith minéral (voir mercure). Turbith (oxyde de zinc impur arsenical).			Soluble.	∞	∞	∞			
Zinc (chlorure de). .	0,10 à 10 %	Pur.	Très.	Très.	Très.		Antiseptique à faibles doses (v. p. 424), caustique puissant contre la tuberculose, etc. (v. p. 557). Antieczémateux (mêlés à parties égales à la paraffine ou au kaolin). Calmant.	Toxique.	
— Oléate de zinc. .	50 %			Soluble.	Soluble.		Antiseptique calmant (v. p. 390).		Acides, sels acides.
— Oxyde de zinc. . .	30 à 100 %		0	0	0		Antiseptique (v. p. 389), antipigmentaire (v. p. 726).		Alcalis et leurs carbonates, sels de
— Peroxyde de zinc (ectogan).	10 à 100 %		0	0	0				
— Sulfate de.	0,10 à 5 %		1/4, 7/4	0	0				

DEUXIÈME PARTIE

LES PROBLÈMES

DE DERMATOLOGIE PRATIQUE

- I. — Dermatoses irritables : Eczéma, Pityriasis rosé de Gibert, p. 451.
- II. — Dermatoses non irritables : Psoriasis, Pityriasis rubra-pilaire, p. 211.
- III. — Dermatoses bulleuses : Pemphigus, etc., Herpès, Zona, p. 246.
- IV. — Dermatoses prurigineuses : Lichens, Urticaires, Prurigos, Strophulus, Prurits, Lichénisations, p. 277.
- V. — Dermatoses érythémateuses et desquamantes généralisées : Dermatites exfoliatrices, Pityriasis rubra grave, p. 316.
- VI. — Séborrhée et Dermatoses associées : Acnés, Streptococcies, Pityriasis, Éruptions sur-séborrhéiques, p. 327.
- VII. — Pyodermites : Impétigo, Ecthyma, Dermoépidermites microbiennes, Intertrigo, Folliculites, Furoncle et Anthrax, etc., p. 381.
- VIII. — Gangrènes, p. 421.
- IX. — Dermatozooses superficielles : gale, pédiculoses, phtiriasse, p. 426.
- X. — Infections cutanées générales : fièvres éruptives, érythèmes polymorphes, purpuras, p. 450.
- XI. — Charbon, p. 483.
- XII. — Morve, p. 486.

- XIII. — Maladie de Darier (Psorospermose folliculaire), p. 492.
- XIV. — Tuberculoses cutanées : Lupus, etc., Tuberculides, p. 495.
- XV. — Lèpre, p. 570.
- XVI. — Rhinosclérome, p. 583.
- XVII. — Mycoses : Sporotrichoses, Actinomycoses, Blastomycoses, etc., p. 585.
- XVIII. — Teignes : Microspories, Trichophyties, Favus, etc., p. 617.
- XIX. — Tumeurs malignes : Épithéliomas, Sarcomes, Mycosis fongoïde, etc., p. 640.
- XX. — Dermites artificielles de cause externe, p. 667.
- XXI. — Toxicodermies de cause interne, p. 684.
- XXII. — Dermatoses d'origine nerveuse ou glandulaire : Sclérodermies, p. 691.
- XXIII. — Dermatoses inesthétiques : Alopécies, etc., p. 698.

Dermatologie de guerre :

- XXIV. — Dermoépidermites microbiennes : streptococciques, staphylococciques, etc., p. 755.
- XXV. Complications cutanées des plaies de guerre, p. 799.
- XXVI. — Dermatoses simulées ou exagérées, p. 820.

1. Les photographies qui illustrent les pages suivantes sont la reproduction des moulages du musée de l'Hôpital Saint-Louis. On sait que ces moulages sont dus à Baretta, l'admirable artiste dont le labeur savant et désintéressé a tant fait depuis plus de quarante ans pour la Dermatologie française que tous les médecins doivent lui conserver une reconnaissance toute particulière.

Dans ce musée unique au monde, le médecin désireux de « voir » des « malades » en dermatologie et syphiligraphie, pourra étudier à son aise les cas courants et les cas rares ; nous ne saurions trop recommander la visite et l'étude de cette merveilleuse collection.

Nous remercions M. le Directeur de l'Assistance Publique à Paris et M. le Directeur de l'Hôpital Saint-Louis de nous avoir autorisé à publier ces reproductions.

Nous remercions MM. Sabouraud et Noiré de nous avoir permis de reproduire plusieurs de leurs figures relatives aux Teignes.

CHAPITRE PREMIER

DERMATOSES IRRITABLES ET ECZÉMA

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

RÈGLES DE CONDUITE, p. 152.

I. — RECONNAÎTRE L'ECZÉMA : ses caractéristiques, p. 154 : les vésicules nettes ou masquées, p. 155.

II. — ERREURS DE DIAGNOSTIC : Diagnostic différentiel de l'eczéma, p. 155; Diagnostics peu importants : p. 155; Diagnostics importants au point de vue prophylactique, p. 156; au point de vue pronostique, p. 156; au point de vue thérapeutique, p. 157.

III. — PRÉCISER LA FORME CLINIQUE ET SURTOUT LE STADE ÉVOLUTIF : Formes cliniques et évolutives de l'eczéma, p. 158 : Eczéma aigu, p. 159 et ses variétés E. rubrum, E. érysipéloïde, p. 160; — Eczémas chroniques, p. 161; — nécessité, pour définir un eczéma, de lui appliquer une série d'épithètes, p. 162.

IV. — ÉTABLIR LA PATHOGÉNIE ET L'ÉTIOLOGIE, p. 163.

Pathogénie : 1° la notion de réaction/de défense : Réaction inflammatoire défensive et œdème épidermique diluant les irritants amenés du dehors ou du dedans.

2° La notion de terrain eczématisable : porosité de l'épiderme qui se laisse imprégner de dehors en dedans par les irritants externes, qui se laisse traverser de dedans en dehors par les toxiques internes.

Mécanismes de l'eczéma externe, p. 164, et de l'eczéma interne ou « diathésique », p. 165.

Étiologie : multiplicité habituelle des causes qui agissent par les mécanismes précédents, p. 166.

V. — TRAITEMENT GÉNÉRAL ET LOCAL, p. 169. Règles du traitement : nécessité d'appuyer la thérapeutique sur les notions pathogéniques et étiologiques : les métastases, p. 170.

Traitement général, p. 173.

Traitement local, p. 182 : ses principes. *p. 182; 1° Stade de début.

p. 183; 2° Stade intermédiaire, p. 185; 3° Eczéma torpide avec ses quatre degrés, p. 186; 4° formes rebelles squameuses, p. 190.

Traitement des eczémas compliqués : infectés, etc., p. 191.

Traitement des eczématisations secondaires à d'autres dermatoses, p. 192.

Traitement des eczémas de certaines régions, p. 193.

Traitement de la convalescence et traitement de sûreté, p. 203.

VI. — PRONOSTIC : L'eczéma symptôme avertisseur, p. 205.

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT, p. 206.

L'eczéma est la plus fréquente et la plus importante des dermatoses irritables ; mais les dermatoses irritables comprennent encore d'autres affections : la dyshidrose (v. p. 156), les dermites artificielles (v. p. 667), le pityriasis rosé de Gibert (v. p. 206).

Le problème thérapeutique de ces dermatoses est dominé par les deux notions d'irritabilité cutanée et de terrain diathésique. L'eczéma ou mieux les eczémas, qui comptent parmi les plus fréquentes des affections cutanées, peuvent servir de type au traitement des dermatoses irritables ou irritées ; en effet, chaque fois qu'une dermatose quelconque, séborrhée par exemple, est irritée par une cause, thérapeutique ou autre, c'est à la thérapeutique des eczémas que l'on devra recourir, car presque toujours lorsqu'une peau s'irrite, c'est qu'elle est eczématisable. On conçoit, par conséquent, toute l'importance pratique du traitement des eczémas.

Aussi, avant de commencer le traitement actif de toute dermatose, est-il nécessaire de s'assurer que cette affection cutanée n'est pas un eczéma en activité et que la peau n'est pas eczématisable. On reconnaîtra l'eczéma à ses vésicules si caractéristiques (v. ci-dessous : Caracté-

ristiques cliniques de l'eczéma, p. 154) et on craindra l'eczéma lorsqu'un examen minutieux révélera des vésicules naissantes, lorsqu'une médication encore peu active sera mal supportée, lorsque le malade rappellera des antécédents eczémateux.

Il ne faudra pas oublier que certaines affections différentes de l'eczéma et réclamant un traitement très différent peuvent simuler l'eczéma : syphilis, trichophyties, etc. ; il faut donc toujours discuter leur diagnostic.

Dès que l'on a reconnu un eczéma, il importe d'en préciser la forme clinique, et surtout le stade évolutif (voir Formes cliniques de l'eczéma, p. 158), car suivant que l'eczéma est suraigu, aigu, subaigu, chronique, rebelle, la médication locale diffère profondément.

Il faut enfin préciser la pathogénie et l'étiologie de cet eczéma, c'est la seule façon d'instituer un traitement général efficace et surtout pour l'avenir de prévenir les récidives (voir Pathogénie et étiologie de l'eczéma, p. 163).

C'est seulement au terme de ces minutieuses recherches que l'on est armé pour instituer une thérapeutique générale et locale appropriée. On voit donc qu'il n'est pas de traitement plus délicat à établir et à poursuivre que celui de l'eczéma, surtout si l'on se souvient de la difficulté de combattre les troubles généraux causes essentielles de l'eczéma et l'irritabilité cutanée qui si souvent arrête toute thérapeutique locale active.

Telles sont, en résumé, les étapes que doit suivre le praticien :

- I. — Penser toujours à l'eczéma et poser son diagnostic.
- II. — Ne pas négliger certaines erreurs de diagnostic.
- III. — Préciser sa forme clinique et surtout son stade évolutif.

IV. — Établir sa pathogénie et son étiologie.

V. — Instituer enfin un traitement général dicté d'après l'examen général du malade et un traitement local en se basant sur l'état du tégument, sur le stade évolutif de la dermatose et sur le degré d'irritabilité de la peau.

*
* * *

I. — RECONNAÎTRE L'ECZÉMA : ses caractéristiques cliniques.

L'eczéma est d'ordinaire facile à reconnaître grâce à ses vésicules très spéciales, vésicules tantôt nettes visibles et palpables (v. fig. 1), tantôt ébauchées ou masquées par des squames et décelées seulement par le grattage (v. fig. 3).

L'eczéma est une dermatose inflammatoire caractérisée :

— par la *rougeur congestive* ;

— par une *transsudation œdémateuse dermique* et surtout par des *vésicules épidermiques* petites, de 0,1 à 1,2 millimètres, fermées ou ouvertes formant alors des « puits eczémateux » (fig. 2), qui suintent une sérosité citrine poisseuse empesant le linge et se concrétant en croûtes ;

— enfin par de la *desquamation de l'épiderme*, consécutive au stade vésiculeux, ou simultanée.

L'eczéma reproduit les quatre éléments de l'inflammation : rougeur, tuméfaction, chaleur, douleur. Après en avoir un moment douté, on ne conteste plus qu'il s'agisse d'une *réaction inflammatoire aseptique*.

Quelle que soit la variété de l'eczéma (et elles sont très

nombreuses), quelle que soit sa localisation cutanée ou muqueuse, on retrouvera le même syndrome; l'un des éléments de la définition peut paraître manquer à l'œil nu; on le retrouverait au microscope: par exemple, dans les eczémas secs¹ squameux, les vésicules épidermiques semblent absentes, il suffit de gratter méthodiquement la lésion et d'examiner à la loupe pour les découvrir.

*
* *

II. — ERREURS DE DIAGNOSTIC.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL DE L'ECZÉMA.

Il faut ensuite éliminer un certain nombre d'erreurs de diagnostic qui pourraient faire commettre des erreurs de pronostic et de thérapeutique.

Sauf exception, le diagnostic de l'eczéma est facile, et, le plus souvent, une erreur n'a pas d'importance au point de vue thérapeutique, car l'on ne confond l'eczéma qu'avec des dermatoses voisines ou semblables appartenant au grand groupement pratique des dermatoses irritables; le traitement est le même et se base sur l'étude *symptomatique* du malade. Par exemple, une dys-hidrose, une éruption artificielle irritée seront traitées comme un eczéma aigu; au contraire un psoriasis méconnu sera traité comme un eczéma rebelle non irritable.

DIAGNOSTICS PEU IMPORTANTS. — Beaucoup de diagnostics sont faciles, ou n'ont qu'un intérêt nosographique. Il faut se souvenir, d'ailleurs, que l'eczéma est souvent associé à ces affections.

Éruptions artificielles. — Ces éruptions sont dues aux irritants externes les plus divers: ciment, teinture, pri-

mevères et autres fleurs, soleil, etc.; souvent, elles sont le point de départ d'un eczéma. Les phénomènes inflammatoires sont plus intenses : rougeur diffuse ardente, bulles inégales grosses, ressemblant plus à des « cloques » de brûlure qu'à des vésicules d'eczéma (v. p. 667).

Dyshidrose. — Confonduë, par les uns, avec l'eczéma, elle en diffère, d'après les autres, par la localisation spéciale entre les doigts, par l'étiologie (elle succède, le plus souvent, à l'irritation solaire), par des vésicules plus grosses, transparentes, sans tendance spontanée à la rupture, enfin par l'absence de rougeur et de phénomènes inflammatoires (?).

Miliaires et éruptions sudorales. — Plus diffuses, à vésicules plus superficielles et plus fragiles, elles ne laissent pas, en se rompant, des puits eczémateux suintants; elles sont dépourvues d'infiltration œdémateuse dermique (v. p. 465).

Prurit et prurigo diffus ou circonscrit, avec ou sans lichénisation; lichens; strophulus. — Ces dermatoses prurigineuses s'associent, compliquent, et succèdent souvent à de l'eczéma (v. fig. 24, 27, 28, 29, 31 et p. 289, 287, 279, 288).

Herpès (v. p. 268 et fig. 20, 21); « *Eczémas séborrhéiques* » (v. p. 347 et fig. 39, 40); *pityriasis capitis* (v. p. 368), *pityriasis faciei* (v. p. 364), etc., *séborrhée*; *pityriasis rosé de Gibert* (v. p. 206 et fig. 64).

Psoriasis (v. p. 213 et fig. 6 à 12), etc.

(Voir à chacun de ces mots les caractères différentiels.)

DIAGNOSTICS IMPORTANTS. — Au contraire, plusieurs diagnostics sont importants, tant au point de vue pronostique que thérapeutique.

Il faut, au point de vue **prophylactique**, distinguer l'eczéma aigu de l'érysipèle (v. p. 462), de la scarlatine (v. p. 454), car ces infections sont contagieuses.

Il faut, surtout au point de vue **pronostique**, distin-

guer l'*eczéma généralisé*, — des *pemphigus* (maladies de Dühring, etc.), dont les bulles sont plus volumineuses, souvent isolées, éparses (v. p. 257 et fig. 16, 17, 18, 19).

— des *dermatites exfoliatrices* et des *pityriasis rubra graves*, dont les squames sont généralisées, plus larges, beaucoup plus abondantes, plus rebelles que celles de l'eczéma (v. p. 320).

— des *érythrodermies du mycosis fongoïde* (v. p. 661 et fig. 150, 154), où domine le prurit qui précède l'éruption.

— du *pityriasis rubra pilaire*, qui ne forme pas de vésicules, et dont les cônes cornés péripilaires sont caractéristiques, surtout au doigt (v. p. 242 et fig. 13, 14, 15).

— du *lupus érythémateux aigu* (v. p. 545), etc.

Car toutes ces dermatoses comportent un pronostic beaucoup plus grave que l'eczéma, soit par leur incurabilité, soit par leurs récidives, soit par leur marche progressive et leur terminaison fatale. On n'oubliera pas non plus que l'eczéma peut compliquer un certain nombre de dermatoses incurables ou très tenaces ; par exemple, on cherchera si derrière un eczéma récidivant ne se cache pas un prurigo chronique datant de leur enfance, car alors le pronostic est grave : l'eczéma, presque incurable, récidivant sans cesse (v. p. 294).

Il faut savoir dépister, au point de vue thérapeutique, derrière un véritable eczéma :

— l'impétigo, dont les éléments peuvent être minuscules (v. p. 387), les infections cutanées (v. p. 451), le soi-disant eczéma séborrhéique des plis (p. 399), etc. ;

— la gale et la pédiculose de la tête, la phthiriasse du corps ou du pubis (v. p. 425) ;

— la teigne du cuir chevelu (v. p. 619 et fig. 117), les trichophyties de la barbe (v. p. 626 et fig. 124) et des

membres (v. p. 629 à 639 et fig. 126, 127), l'érythrasma (v. p. 628 et fig. 132), etc.

Car on ne guérira l'eczéma qu'en guérissant ces affections.

Enfin, il faut différencier l'eczéma d'affections qui le simulent rarement, mais dont le diagnostic est capital au point de vue thérapeutique :

— *syphilides* (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 281).

— *tuberculides* : lichen scrofulosorum (v. p. 564 et fig. 92); on a même décrit un eczéma scrofulosorum, type assez mal délimité.

— *lupus érythémateux fixe* (v. p. 541 et fig. 79, 80, 81, 82).

— *cancer* : surtout la maladie de Paget du mamelon (v. p. 648 et fig. 135) qui, après être restée longtemps superficielle, envahit le sein.

Car la thérapeutique de ces affections est bien différente de celle de l'eczéma.

*
* * *

III. — PRÉCISER LA FORME CLINIQUE ET SURTOUT LE STADE ÉVOLUTIF.

Formes cliniques et évolutives des eczémas.

L'eczéma reconnu, il faut en déterminer la forme clinique et surtout le stade évolutif, car le traitement local est différent suivant le stade de l'éruption eczémateuse : plus un eczéma est aigu, plus il est irritable.



FIG. 1. — Eczéma aigu vésiculaire. (Voir pages 156).

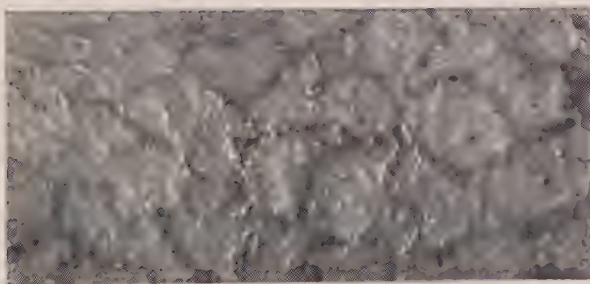


FIG. 2. — Eczéma craquelé et puits épidermiques. (Voir pages 159 et 155).

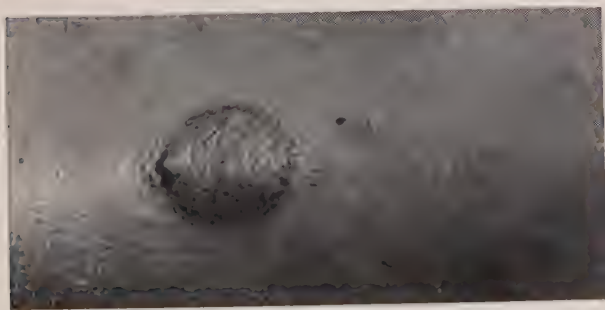


FIG. 3. — Eczéma nummulaire. (Voir page 159).

Eczéma aigu. — Tantôt l'eczéma est aigu (fig. 1).

Avec ou sans prodromes, l'éruption apparaît, brusquement ou progressivement, rapidement ou lentement, annoncée par de la chaleur à la peau, du prurit, une tension douloureuse. Les symptômes généraux sont inconsistants : malaise, courbature, embarras gastrique, température parfois élevée. L'eczéma commence par n'importe quel point du tégument et souvent par plusieurs régions simultanément; il s'étend sans règle fixe, envahissant une plus ou moins grande surface, même les muqueuses, formant de larges placards rouges irréguliers, diffus, criblés de vésicules confluentes (fig. 1), ou des vésicules isolées éparses en archipel; il se cantonne en une seule région, la face par exemple, ou il envahit tout un membre, la plus grande partie du corps.

La peau est rouge et tuméfiée, le doigt sent l'œdème dermique et souvent hypodermique; elle est criblée de petites vésicules très fines de la grosseur d'une tête d'aiguille ou d'épingle; souvent, au début, on les sent au doigt sous forme d'état chagriné plutôt qu'on ne les voit; la peau est douloureuse et chaude : elle « chauffe » à la main et dessèche rapidement le pansement : c'est la première période dite de vésiculation.

Au bout de 24 à 48 heures, les vésicules se rompent, laissent écouler une sérosité poisseuse empesant le linge; l'épiderme devient suintant et souvent la sérosité se concrète en croûtes jaunâtres ou gris-jaunâtres, le prurit est d'ordinaire intense. Quand on enlève ces croûtes, on aperçoit les vésicules rompues ou puits eczémateux (fig. 2); c'est la deuxième période dite de suintement.

Au bout de quelques jours ou de quelques semaines, la poussée s'atténue au moins sur certains points, l'épiderme devient rouge luisant; c'est la troisième période, inconsistante d'ailleurs, dite d'épiderme lisse.

Bientôt l'épiderme se recouvre de squames irrégulières

finies; c'est la quatrième période ou des desquamations successives. Plus ou moins lentement l'épiderme redevient normal.

Cette succession en quatre phases est très irrégulière : un placard régresse quand d'autres apparaissent, et presque toujours une crise d'eczéma est faite de poussées subintrantes; le malade est donc porteur de lésions d'âge inégal. Tantôt il guérit en 2, 3, 4, 6 semaines, plus ou moins lentement; mais il reste un prédisposé et plus tard il a chance d'avoir une récurrence quand les mêmes causes se reproduiront. Tantôt il reste un placard d'eczéma qui devient chronique; trop souvent, en effet, l'E. aigu n'est que le début d'un E. chronique ou une phase aiguë au cours d'un E. récidivant.

Les aspects cliniques peuvent être très variés :

Souvent l'eczéma aigu exagère tous les symptômes locaux : la région malade est tuméfiée par l'œdème hypodermique; fréquemment l'œdème sous-cutané déborde les placards d'eczéma et envahit des régions où l'épiderme est intact. Le derme est rouge, très douloureux, brûlant; l'épiderme est criblé de vésicules, qui souvent se réunissent en grosses bulles de 10, 20, 50 millimètres; le suintement peut être très abondant.

Parfois l'eczéma aigu revêt un type spécial, *E. rubrum aigu* : le début en est violent, marqué par des troubles généraux intenses : température, etc., et même délire, prurit plus ou moins généralisé. Mais au lieu d'une rougeur diffuse, on voit apparaître des plaques qui s'étendent et souvent se réunissent. On aperçoit à leur surface des vésicules qui, quelques heures plus tard, laissent couler une sérosité abondante; la poussée dure de deux à trois semaines, mais récidive souvent.

Parfois l'eczéma aigu, surtout à la figure, ressemble à un érysipèle : mêmes phénomènes généraux et locaux (*E. érysipéloïde*). Pourtant le bord est moins net, sans bourrelet, les vésicules sont constantes et précoces, différentes des bulles



FIG. 4. — Eczéma chronique squameux avec vésicules isolées d'une poussée aiguë récente et lésions intenses des ongles.
(Voir pages 158, 159 et 155).

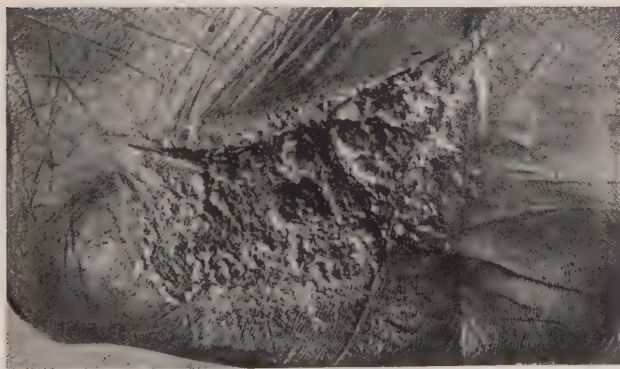


FIG. 5. — Eczéma corné palmaire. (Voir page 159).

plus grosses et tardives de l'érysipèle; il n'y a pas de tuméfaction ganglionnaire. Cet eczéma ne dure que quelques jours, mais récidive souvent.

Eczéma chronique. — Tantôt l'E. est chronique, soit qu'il succède à un E. aigu, soit que d'emblée apparaissent des placards torpides (fig. 2, 3, 4, 5). Souvent cet E. chronique est vésiculeux et suintant, puis squameux (fig. 4). Souvent il paraît squameux d'emblée, dépourvu de vésicules (fig. 5), mais quand on regarde attentivement, après un grattage méthodique et lent, on découvre des vésicules: d'ordinaire on voit ou on sent des vésicules fermées « entre cuir et chair » et si on perce ces vésicules avec une aiguille il en s'écoule une minuscule gouttelette de sérosité transparente. Parfois on ne voit que des squames larges et diffuses ou des squamules et croûtelles arrondies de la grosseur d'une tête d'aiguille qui seules témoignent de la vésiculation. Le prurit est marqué.

Cet E. chronique est plus ou moins diffus ou circonscrit, il peut se localiser au moins pour de longues périodes en un point très limité : paupières, mains, anus, etc.

L'E. chronique dure un temps indéterminé : un mois, un an..., son évolution est souvent compliquée de poussées aiguës. Il reste rebelle à tout traitement ou guérit sans laisser de traces, mais d'ordinaire pour récidiver plus ou moins tard. Souvent, sous l'influence du grattage, le derme s'épaissit, se « lichénise » (v. p. 294) et souvent se pigmente. Exceptionnellement l'eczéma se généralise, s'aggrave, se couvre de squames larges qui se renouvellent sans cesse; se transformant en dermatite exfoliatrice (ou herpétide maligne exfoliatrice) dont le pronostic est très grave, souvent mortel (v. p. 320).

Polymorphisme lésionnel. — L'eczéma peut revêtir des aspects innombrables; il suffit de les énumérer :

L'E. a des formes très variables : E. généralisé; E. à grands placards diffus irréguliers; E. circonscrit; E. num-

mulaire formant des médaillons de 2 à 3 ou 4 centimètres à bords diffus et plus ou moins squameux, tenaces, récidivants (v. fig. 3); E. cannelé analogue à l'E. nummulaire, mais parcouru de cannelures concentriques; E. fendillé, dont les placards sont striés de fentes de 1 millimètre de large, superficielles, longues, étroites, sinueuses, criblées de vésicules irrégulièrement anastomosées et circonscrivant des intervalles d'épiderme à peu près sain; E. craquelé, dont les fentes entre-croisées forment réseau, circonscrivant des aires polygonales saines ou eczémateuses (v. fig. 2); E. à vésicules isolées (v. fig. 4, face dorsale des dernières phalanges), etc.

L'E. est plus ou moins intense : E. avorté; E. sans infiltration dermique; E. avec œdème dermique et souvent hypodermique (Syn. : E. avec dermite, E. rubrum torpide); E. avec grosses vésicules géantes; E. suintant impétiginoïde, etc.

L'E. est plus ou moins actif et évolué : E. suintant; E. sec (squameux) et ce dernier est pauvrement squameux (E. pityriasiforme) ou riche en squames : E. lamelleux, E. psoriasiforme; E. corné des faces palmo-plantaires (v. fig. 5) : la lésion irrégulière a des bords diffus émiettés et sous les squames on retrouve en grattant les vésicules d'eczéma suintantes ou sèches, etc.

L'E. est parfois *compliqué* d'infection, d'impetigo, d'ecthyma, de folliculite, etc., ou *associé* à des lésions de dermite artificielle, à du prurit, à des papules prurigineuses : E. *papulo-vésiculeux*. Parfois il complique une affection antérieure : prurigo, séborrhée, etc.

Les livres ajoutent encore des formes suivant l'évolution, le siège, l'étiologie, etc. En réalité, pour définir *un* eczéma, il faut une série d'*adjectifs* spécifiant : l'évolution, la forme, le siège, l'aspect; précisant l'étiologie et la pathogénie (terrain); indiquant les formes de transition, les affections associées, les complications, etc. Par exemple on dira :

Eczéma aigu, diffus, de la face, suintant, survenu à l'occasion de troubles digestifs, grâce à un terrain neuro-arthritique, sur un épiderme antérieurement séborrhéique et avec complications de pyodermite, etc.

Toutes les combinaisons étant possibles, on conçoit que la liste des variétés des eczémas soit interminable. Il faut encore ajouter que les types cliniques décrits sont loin d'être immuables : entre eux on peut sérier toutes les transitions, et il est bien rare qu'un même malade, dans une même poussée ou dans des poussées successives, ne présente pas plusieurs d'entre eux.

*
* *

IV. — ÉTABLIR LA PATHOGÉNIE ET L'ÉTIOLOGIE DE L'ECZÉMA.

Préciser la pathogénie et l'étiologie d'un eczéma est nécessaire pour instituer le traitement général. En effet, l'eczéma est un syndrome relevant de causes multiples qui agissent, par un mécanisme analogue, sur un terrain prédisposé, et le premier soin du médecin doit être de supprimer ou de corriger tous les facteurs d'eczématisation.

Pathogéniquement, l'eczéma, qu'il soit « externe » ou « interne », « vrai » ou « faux », est une réaction de défense aseptique de la peau contre des irritations multiples¹. Cette réaction prend l'aspect spécial de

1. Cette notion pathogénique nouvelle, que j'ai cherché à introduire en dermatologie, me semble de grande importance pratique. Voir *Journal des Praticiens*, n° 29 et 30 de 1913. Eczéma et obésité. Réactions de défense. *Journal des Praticiens*, 1915, n° 36. — Pathogénie des érythèmes. *Journal des Praticiens*, 1915,

l'eczéma, grâce à un terrain spécial dit eczématisable, qui consiste, croyons-nous, en une fragilité, en une « porosité » cutanée et surtout épidermique.

Il faut donc, pour réaliser l'eczéma, deux facteurs associés :

1° *Une irritation cutanée*, venue du dehors (E. externe artificiel), ou du dedans (E. interne diathésique). La réaction inflammatoire, que l'on retrouve au grand complet : rougeur, tuméfaction œdémateuse, chaleur, douleur, cherche à combattre l'action nocive des irritants, le plus souvent chimiques, amenés à la peau ¹. L'œdème y tient la première place ; en effet, c'est l'œdème épidermique qui donne la vésicule caractéristique ; cet œdème, qui atteint presque toujours en même temps le derme et très souvent l'hypoderme, sert à diluer les toxiques, pour les rendre moins nocifs ².

2° *Un terrain spécial* qui donne à cette réaction cutanée l'aspect spécial de l'eczéma.

Dans l'eczéma dit *exogène* (eczéma « faux » ! ou artificiel), par exemple des cimentiers, des blanchisseuses, il

n° 31. — Érythème papuleux extensif des auto-intoxiqués. Réaction de défense. *Journal des Praticiens*, 1916, n° 50. Cette notion explique bien des points restés obscurs et est confirmée par la thérapeutique.

1. La réaction inflammatoire aseptique cherche à combattre l'intoxication par quatre mécanismes au moins : — 1° combustion qui brûle les poisons et dont témoignent la rougeur et la chaleur ; — 2° neutralisation par action du tissu cutané sur les toxiques et sans doute effort de fixation sur la peau ; — 3° dilution des poisons par l'œdème et sans doute essai de neutralisation par la sérosité d'œdème ; — 4° élimination soit par la sécrétion des vésicules (flux eczémateux), soit par les squames.

2. Mais l'œdème épidermique peut manquer, la réaction défensive étant incomplète, il y a dermite rouge eczémateuse *sans vésicule* (formes de transition vers les érythèmes simples). 3

faut en effet, non seulement l'irritation externe, mais encore une prédisposition de terrain. « Il faut, disions-nous, que le terrain soit eczématisable pour qu'une irritation externe puisse déterminer un eczéma, et c'est ce qui explique que certains ouvriers seulement soient atteints, que l'ouvrier ait pu rester des années indemne (son terrain n'est devenu eczématisable que plus tard), etc. Une peau saine ne se laisse pas imprégner par un irritant déposé sur elle, et, à moins qu'il ne soit caustique, cet irritant ne détermine pas de lésion. Au contraire, chez ces malades à peau *fragile*, l'irritant *pénètre* la peau, précisément parce qu'elle est poreuse, et il l'irrite. Pour se défendre, l'organisme réagit suivant le mode inflammatoire, et appelle de l'eau salée, d'où résulte l'œdème de l'eczéma. On sait, d'ailleurs, que cet appel d'eau intra-épidermique est un mode banal de réaction cutanée aux irritants les plus différents : un frottement donne une ampoule pleine de sérosité, une brûlure, une phlyctène. L'appel d'eau cherche à diluer le toxique qui imprègne la peau : l'eczéma est donc bien une réaction de défense. »

« Dans l'eczéma dit endogène (E. vrai?, E. maladie?), les irritations locales ont une influence déterminante ou localisatrice manifeste, mais l'auto-intoxication est le facteur principal : mauvais fonctionnement gastro-intestinal, hépatique, glandulaire (thyroïdien, etc.), rénal; troubles nerveux, nutrition générale défectueuse, etc., peu importe; l'aboutissant de tous ces troubles nutritifs, avec ou sans lésions rénales, est une rétention des poisons dans l'organisme. L'eczéma est une toxidermie autogène. L'organisme est auto-intoxiqué, à plus forte raison si l'alimentation vient ajouter une nouvelle dose

de toxiques. Or, « dans un organisme normal, la presque totalité des déchets de la vie des tissus est éliminée par les reins. Quand ceux-ci deviennent insuffisants, il y a effort éliminateur des deux autres émonctoires : l'intestin et la peau » (Gaucher). Pour des raisons encore obscures, héréditaires ou acquises, certains individus ont, plus facilement que d'autres, tendance à faire des éliminations par la peau ; leur peau, « fragile », « poreuse », se laisse « transpercer » par les toxiques ; il en résulte une dermatose. Cette dermatose est habituellement l'épidermodermite œdémateuse de l'eczéma ; en effet, les poisons qui se dirigent vers le derme appellent de l'eau chlorurée qui les dilue, car des poisons dilués sont moins nocifs ; il en résulte de l'œdème du derme, puis de l'épiderme, c'est-à-dire de l'eczéma. Il y a donc dans l'eczéma une double réaction de défense : tout d'abord, l'effort éliminateur vers la peau, afin de débarrasser l'organisme, ensuite la réaction inflammatoire et la dilution par l'œdème, afin que les poisons en voie d'élimination soient moins nocifs. »

Le plus souvent, l'eczéma est à la fois « externe » et « interne » ; le terrain eczémateux diathésique est tout prêt à faire de l'eczéma, quand une irritation externe vient déclencher, appeler, localiser la dermatose.

Étiologiquement, cette tendance eczémateuse relève de causes nombreuses chez un même individu et, le plus souvent, on doit se borner à citer la dominante :

1° Terrain diathésique héréditaire ou acquis : arthritisme, goutte, etc., augmentant les déchets de la désassimilation des tissus, aboutissant à une auto-intoxication ;

2° Troubles nerveux, nervosisme, viciant la nutrition. C'est ainsi que semblent agir les troubles de dentition ;

3° Fautes alimentaires apportant des poisons ou une quantité excessive de substances exogènes, qu'un tube digestif même normal ne pourrait transformer en substances utiles non toxiques ;

4° Troubles gastro-intestinaux, hépatiques, produisant une mauvaise élaboration d'aliments qui, restant des produits hétérogènes, agissent comme des toxiques. Troubles hépatiques : le foie neutralisant incomplètement les toxines intestinales ;

5° Constipation qui favorise la résorption des toxiques ;

6° Troubles uni- ou pluriglandulaires, ovariens, thyroïdiens, produisant une auto-intoxication, notamment à l'époque de la ménopause : certaines eczémateuses par exemple n'ont de lésions cutanées qu'au moment de leurs règles ;

7° Mauvaise diurèse, qui n'élimine pas les poisons, due à un déficit passager du rein ou à une néphrite ;

8° Sensibilisation à certains produits, sorte d'anaphylaxie ; c'est ainsi que certains aliments, inoffensifs pour la majorité, agissent chez certains prédisposés comme des toxiques : poissons, œufs, fraises, etc. ;

9° Déiaut d'hygiène cutanée ou irritation prédisposant la peau, etc.

Ces facteurs accumulés constituent un *terrain* sur lequel va naître l'eczéma. Le plus souvent la dermatose n'éclôt que grâce à des *causes déterminantes* d'ordinaire minimales, mais qui « déclenchent » l'eczéma :

Par exemple, le surmenage, des émotions, une intoxication alimentaire, abus du thé, café, l'ingestion de

médicaments, d'iodure, etc., viennent mettre le comble à ces troubles généraux.

Par exemple, des irritations externes produites par les causes les plus diverses : grattage¹, frottements, coup de soleil, hâle, contacts animaux (gale), ou végétaux (primévères...), corps chimiques (ciment, sublimé), savon, transpiration, urine, matière fécale, mucus-nasal, écoulement utérin, etc., appellent l'eczéma (*causes localisatrices*).

On voit la complexité des causes de l'eczéma, et puisque cette dermatose est un syndrome, on comprend l'importance thérapeutique de l'étude des causes; le traitement doit avoir pour guide principal l'étiologie et la pathogénie : supprimer les causes déterminantes et corriger le terrain prédisposant. On ne court jamais aucun risque à appliquer le traitement général d'un eczéma puisqu'on cherche à favoriser la défense de l'organisme, alors qu'au contraire un traitement local supprimant l'eczéma risque de provoquer des métastases.

Si, dans beaucoup de cas, l'examen complet du malade révèle un ou plusieurs des facteurs précédents, il faut savoir, pour ne pas s'en étonner, que, dans certains cas, l'étude la plus minutieuse ne révèle aucun facteur étiologique appréciable par nos moyens cliniques ou chimiques; on doit supposer, par analogie, que les causes de ces eczémas sont les mêmes que celles des autres eczémas, et cette analogie doit guider le traitement, mais leur étiologie reste impénétrable.

1. Le prurit est souvent le premier témoin de l'intoxication qui « se porte à la peau », les toxiques imprégnant les nerfs cutanés; aussi n'est-il pas étonnant que le prurit précède cliniquement l'épidermite eczémateuse. D'autre part il n'est pas douteux que le traumatisme du grattage appelle l'eczéma, le favorise ou l'augmente.

V. — TRAITEMENT DE L'ECZÉMA.

Règles générales du traitement, p. 169. — *Traitement général*, p. 173. — *Traitement local*, p. 182. — *Traitement des eczémas compliqués : infectés*, p. 191. — *Traitement des eczématisations secondaires à d'autres dermatoses*, p. 192. — *Traitement des eczémas de certaines régions*, p. 193. — *Traitement de la convalescence et traitement de sûreté*, p. 202-203.

C'est une question difficile et complexe que celle du traitement de l'eczéma, ou pour mieux dire, des eczémateux, car l'eczéma étant une réaction personnelle, chaque malade apporte, dans la réaction de défense qu'est l'eczéma, toute la complexité de son tempérament. Ce traitement est d'autant plus délicat que l'eczéma est, par excellence, le type de la dermatose irritabile; si on l'attaque trop brutalement, on risque d'aggraver les lésions, et même d'amener des complications viscérales.

Règles générales du traitement.

NÉCESSITÉ D'APPUYER LA THÉRAPEUTIQUE SUR LES NOTIONS PATHOGÉNIQUES ET ÉTIOLOGIQUES. — Les discussions et les incertitudes, qui ont longtemps rendu les traitements de l'eczéma si contradictoires, doivent cesser aujourd'hui que nous pénétrons mieux l'étiologie et la pathogénie de l'eczéma. Si des progrès ont été réalisés dans la cure de cette affection, si l'on ne marche plus à tâtons, c'est à l'étude pathogénique que nous le devons ;

non pas que le traitement de l'eczéma soit devenu facile et rapidement efficace; malheureusement non, il reste des cas rebelles récidivants; mais au moins nous n'allons plus au hasard, nous avons des bases précises pour appuyer notre thérapeutique; si elle échoue, nous savons pourquoi; nous savons qu'il faut persévérer dans la même voie, au besoin en variant les moyens, mais sans changer de tactique.

Dans le traitement des eczémateux, plusieurs règles doivent donc être toujours présentes à l'esprit du médecin :

1° Les connaissances étiologiques et pathogéniques sont indispensables pour guider le traitement. — Le traitement d'un eczéma doit commencer par l'étude approfondie de ses causes et de son mécanisme (v. p. 163), car il nous faut avant tout supprimer toutes les causes déterminantes, et corriger le terrain eczémateux.

2° Le traitement général est indispensable. — Puisque le facteur-terrain est constant, la thérapeutique de l'eczéma ne doit jamais être exclusivement locale. Un examen minutieux doit être systématiquement fait de toutes les causes possibles, et puisque l'intoxication endogène est presque constante, on doit tenter, même lorsqu'elle n'apparaît pas évidente, le régime de désintoxication : on doit diminuer l'apport des corps toxiques par un régime alimentaire approprié à chaque cas, augmenter l'élimination des toxiques par la diurèse, combattre la rétention des toxiques intestinaux par les laxatifs, suppléer au mauvais fonctionnement des glandes par l'opothérapie, etc.; on doit dans les cas rebelles tenter le lavage du sang par des saignées et des injections de sérum artificiel. Est-il besoin d'ajouter que ce traitement interne doit être approprié à chaque ma-

lade et que dans l'eczéma moins qu'ailleurs on ne peut schématiser un traitement interne uniforme.

3° Le traitement local doit être gradué suivant l'évolution de l'affection. — Puisque l'eczéma est, à son début et à sa période d'état, une réaction inflammatoire, on doit localement lui appliquer un traitement antiphlogistique : pansements humides, etc. (Gaucher). Plus tard, lorsque la réaction inflammatoire s'apaise, on emploiera des topiques inertes : pâtes à base d'oxyde de zinc, etc., car il faut éviter d'ajouter une irritation externe aux autres causes de l'eczéma. Enfin quand la réaction inflammatoire s'éteint, il faut hâter la cicatrisation : c'est alors seulement que l'on peut tenter l'action des corps dits réducteurs. En un mot, il faut reconnaître trois phases dans le traitement local de l'eczéma :

Traitement du début antiphlogistique, par les pulvérisations, les pansements humides, etc. ;

Traitement de la période intermédiaire par des corps inertes ;

Traitement de la période terminale par les réducteurs.

Dans les eczémas limités, même subaigus, dans les eczémas torpides pas trop étendus, cette prudence est souvent excessive, et l'on peut d'emblée commencer un traitement actif. Toutefois, il faut se souvenir qu'on ne peut jamais préjuger la tolérance d'une peau malade ; aussi croyons-nous prudent de toujours débiter par des doses faibles de médicament actif et de les augmenter progressivement (procédé des deux pots, v. p. 186). Je sais que la cure paraîtra moins rapide, moins brillante chez nombre de malades, mais on évitera ainsi certains cas malheureux où un traitement trop actif exaspère les lésions et retarde la guérison.

4° La plupart des eczémas doivent être traités; mais quelques-uns doivent être « respectés », car il s'agit d'une réaction de défense que rien ne peut remplacer. — Cette question longuement discutée autrefois par les anciens : « Faut-il traiter l'eczéma ? » est facile à trancher par l'étude pathogénique qui, là encore, éclaire le problème et résout les difficultés.

Puisque l'eczéma est une réaction de défense, ne faut-il pas le tolérer au lieu de chercher à le supprimer par le traitement ? Et en effet, dans certains cas, il faut respecter l'éruption eczémateuse, car elle représente une voie de déviation indispensable à l'auto-intoxication : chez des néphrétiques et artério-scléreux, chez les asthmatiques et bronchitiques chroniques à « respiration courte », chez des goutteux avérés, chez certains rhumatisants ou névralgiques, en tarissant la sécrétion de sérosité eczémateuse, on a pu voir apparaître des phénomènes cérébraux et urémiques graves (*métastases* des anciens auteurs). Aussi est-on entraîné à faire reparaître l'eczéma par des applications irritantes, des sinapismes placés sur les membres, et, quand l'eczéma refleurit, on a la satisfaction de voir les troubles viscéraux disparaître rapidement (alternances). Il faut donc se méfier des eczémas traînants suintants chez les enfants (Gaucher les respecte systématiquement), chez des personnes âgées artérioscléreuses, emphysémateuses, à tendance asthmatique, dont le rein et les émonctoires peuvent être insuffisants en l'absence même d'albuminurie. Chez de tels malades, il faut tenter d'abord et pendant longtemps le traitement général de désintoxication, agir prudemment sur les lésions locales par des topiques inertes, ne recourir qu'après plusieurs semaines aux traitements locaux actifs, en observant

chaque jour les troubles viscéraux ; à la moindre menace de métastase, il faut cesser le traitement actif. Deux fois, après des alertes de ce genre, je me suis bien trouvé de mettre d'abord un cautère (honni soit qui mal y pense) ; grâce à la dérivation du cautère, le traitement local a pu être poursuivi et l'eczéma guérit sans incidents et sans métastases. Si ces moyens échouent, on revient au traitement général et le traitement local se borne à des applications de corps inertes.

Mais ces cas où il faut respecter l'eczéma sont heureusement rares. Le plus souvent, même dans les cas aigus généralisés, on combat efficacement l'intoxication dont l'eczéma est le témoin, ou tout au moins on entraîne vers d'autres émonctoires, rein, intestin, les toxiques qui s'éliminaient vers la peau. Ce n'est donc que dans les premiers jours du traitement que l'on doit respecter l'eczéma pour ne pas contrarier la réaction défensive de l'organisme. Du reste, ce n'est pas du temps perdu, comme on pourrait le croire, car dans ces premiers jours les lésions sont si irritables qu'elles ne supporteraient pas un traitement local actif. Donc, par raison et par nécessité, on est obligé de se contenter localement d'antiphlogistiques et de topiques inertes en attendant que la réaction inflammatoire s'apaise et que la peau redevienne tolérante ; or, pendant ce temps le traitement général institué dès le début a eu le temps d'agir.

Traitement général.

Puisque l'eczéma externe témoigne d'un terrain pré-disposé, puisque l'eczéma de cause interne est la traduction d'une intoxication générale complexe, il est de néces-

sité absolue de faire l'examen complet des organes et l'analyse d'urine de tout eczémateux : on doit explorer ses fonctions digestives, hépatiques, rénales, glandulaires, nerveuses, etc. ; on doit enquêter sur son hygiène physique, alimentaire et morale, afin de supprimer toutes les causes et corriger le terrain prédisposé à l'intoxication.

On cherchera à :

1° *Diminuer l'apport des toxiques* : On exigera un régime d'autant plus sévère que le cas est plus grave, que les poussées fluxionnaires seront plus intenses, plus rebelles et récidivantes.

Dans les cas graves, et pour commencer, il ne faut pas hésiter pendant deux jours à imposer le régime hydrique pur avec ou sans lactose. Puis pendant 8 à 10 jours on donne 2 à 3 litres de lait, pur ou coupé d'eau de Vichy, ou des laits modifiés : kephir n° 2, lait caillé, etc. ; après chaque prise de lait, le malade se rince la bouche avec une eau alcaline et en boit une gorgée. Quelques jours plus tard, on commence un régime végétarien absolu et *déchloruré* : l'eau et le lait sont les seules boissons permises, les légumes sont cuits à l'eau sans sel, sans beurre, ni graisse¹.

Le régime habituel des eczémateux ne sera repris que lentement, progressivement, après disparition de la poussée aiguë : pas de thé, pas de café, même pas de café au lait ;

1. Chez les bébés, on se méfiera de la suralimentation et du régime lacté exclusif, causes fréquentes de l'eczéma des enfants : on réduira donc la ration alimentaire, on remplacera le lait par des bouillies farineuses, etc. Lesné recommande le babeurre additionné de 80 grammes de sucre et d'une cuillerée à soupe de farine par litre. Variot préconise une cuillerée à café de magnésie par jour ; Triboulet, le citrate de soude ; Flamini, le lactate de calcium à fortes doses : 1 à 4 grammes chez le nourrisson, par dose 0 gr. 50 avant chaque tétée. Marfan 0 gr. 03 à 0 gr. 05 de calomel tous les dix jours.

pas de vin, pas de liqueurs; pas de poissons, crustacés, mollusques; pas de gibier, de charcuterie (sauf le jambon), de viande de porc, de pâtés, pâté de foie; pas d'épices, de truffes, champignons, conserves; pas d'oseille, épinards, tomates, asperges, crônes, aubergines, chou, chou-fleur; pas de bouillon de viande, pas de fromages fermentés, pas de salades crues à l'huile et au vinaigre, pas de ragoûts, pas de fruits acides, pas de fraises, etc. Ces défenses seront modifiées suivant le tempérament de chaque malade.

Certaines personnes se méfieront des œufs peu cuits, du veau, oie, canard, dindon, gâteaux feuilletés, chocolat, etc. Il est impossible de donner une formule univoque : certains eczémateux supportent les poissons de mer plats (sole) très frais, le jambon maigre non salé et non fumé.

On restreindra la quantité d'aliments, surtout au repas du soir et la quantité de pain, surtout si le malade est obèse ou hyperchlorhydrique.

2° Corriger les troubles gastro-intestinaux : On recommandera de manger lentement, de mastiquer soigneusement, de boire à petites gorgées et peu; au besoin prendre à la fin du repas une tasse d'infusion chaude : tilleul, verveine.

Pour combattre les troubles dyspeptiques plus ou moins latents, on fera prendre avant le repas un verre d'eau de Vichy (Célestins), ou vers la deuxième moitié du repas un verre d'eau ainsi faite : — Faire dissoudre dans une bouteille d'eau (d'Évian par exemple) un des paquets :

Bicarbonate de soude	8 gr.
Phosphate de soude	4 gr.
Sulfate de soude.	2 gr.

[BOURGET]

Les antiseptiques intestinaux ne sont plus à la mode : benzonaphtol, charbon; c'est un tort de les abandonner complètement, surtout le charbon et le soufre. Quelques-uns les remplacent aujourd'hui par les ferments lac-

tiques et paralactiques, par des autovaccins préparés avec la flore intestinale du malade...

Les eaux de Vichy, Vals, Pougues, Vittel, seront des plus utiles.

3° *Favoriser l'élimination intestinale des poisons* : Au début de la poussée aiguë, on ordonnera une purgation (Eau de Montmirail), puis une et même deux fois par jour un grand lavage de l'intestin à l'eau bouillie.

Dans l'E. aigu, on veillera à obtenir une évacuation abondante journalière, on usera donc, le cas échéant, de laxatifs : sulfate de soude, sené épuisé par l'alcool, manne, podophyllin, aloès et aloïne, huile de ricin ou :

Magnésie calcinée	} à à
Soufre sublimé lavé	
Lactose	

[COUTARET]

une cuillerée à café environ le soir en se couchant ou le matin à jeun.

Tous les huit jours, on pourra donner un purgatif léger : sel de seignette, sulfate de soude, etc.

Dans l'eczéma chronique, on combattrà la constipation par les moyens habituels adaptés à chaque malade : *huile de paraffine, gélose en paillette, miel soufré*, etc.

4° *Favoriser l'élimination rénale des toxiques*. — Les moyens les plus simples d'augmenter la diurèse sont les meilleurs : eau pure, eau d'Évian, de Vittel, eau lactosée (60 gr. pour un litre), tisane de queues de cerises, etc. : trois ou quatre verres par jour, à jeun, une heure avant les repas, avant de se coucher. Les diurétiques : théobromine, etc., ne seront utilisés que par exception, à doses faibles et fractionnées.

Au besoin, dans les cas graves, on n'hésitera pas à faire de grandes injections de sérum artificiel peu chloruré 5,5 p. 1000, 200 à 400 cm³ tous les deux jours. On pourra y ajouter des saignées préliminaires de 100 à 200 grammes, réalisant ainsi un lavage du sang.

Dans l'eczéma chronique, on se trouvera bien de tenter des cures de diurèse périodique, une ou deux semaines chaque mois. Par exemple, le malade prendra, le matin à jeun et une heure avant chaque repas, un grand verre d'eau minérale : eau de Vichy Célestins la première semaine du mois, eau de Contrexéville ou de Vittel, la troisième semaine.

5° *Calmer l'irritabilité nerveuse et la tendance fluxionnaire.*

— On évitera toute cause d'irritabilité : fatigue, émotion, préoccupation, surmenage, troubles dentaires chez les bébés. Le repos est le meilleur calmant dans l'eczéma, mais pour l'obtenir, il faut souvent dépayser le malade, l'envoyer à la campagne, à la montagne, dans une ville d'eaux (v. p. 304), loin de ses préoccupations¹, et même, dans les cas rebelles, pratiquer la cure d'isolement.

Au début d'une poussée suraiguë congestive, on pourrait tenter, avec les auteurs anglais, de donner 2 à 10 milligrammes de tartre stibié, trois ou quatre fois par jour, ou 10 à 60 gouttes de « vin d'antimoine »², deux à trois fois par jour.

On se montrera avare de médicaments. Il faut éviter la plupart des sédatifs, car ils peuvent avoir un effet nocif sur la peau : bromures, chloral et ses dérivés, opiacés, etc.

Les seuls qui ne comporteraient pas de dangers sont : la teinture de *cratægus oxyacantha*, l'extrait mou de valé-

1. Marfan a montré que le climat des montagnes, dans l'eczéma des nourrissons, si souvent grave et désespérant, semble avoir une action spéciale heureuse. Une altitude de 1000 à 1500 mètres et un séjour de quatre à six semaines sont nécessaires, la cure peut être faite en hiver aus-i bien qu'en été. En effet, l'hérédité neuroarthritique a, d'après Marfan, plus d'importance encore que l'alimentation.

2. Le vin d'antimoine contient, suivant les uns, 2gr,50 de tartre stibié pour 566 grammes de vin de Xérès; suivant l'ancien Codex, 1 gramme de tartre stibié (ou émétique), pour 300 grammes de vin de Malaga.

riane, le valérianate d'ammoniaque liquide, l'assa foetida, le castoreum, le musc (?) (v. p. 304) :

Extrait de valériane.	} à à 1 gr.	F. S. A. 18 pilule
Assa foetida		
Galbanum		
Castoreum.		

3 à 6 par jour.

[RAYER]

Ou :

Assa foetida. 1 gr.
Beurre de cacao q. s. pour un suppositoire.

1 à 3 par jour.

[E. VIDAL]

La belladone, l'atropine peuvent être utilisées dans des eczémas très suintants.

L'acide phénique à la dose de 0,02 à 0,10 centigrammes, le salicylate de soude (2 gr.), l'antipyrine et ses succédanés ont des effets inconstants et peuvent être nuisibles, mieux vaut les réserver aux eczémas chroniques prurigineux.

Dans les eczémas prurigineux, on variera la médication interne : quinine, hamamélis, etc. (v. p. 305).

6° *Médication interne de l'eczéma*. — Il n'existe pas de spécifique interne de l'eczéma et les médicaments renommés autrefois sont bien déçus de leur puissance.

L'arsenic a été accusé de provoquer des poussées, il est donc plus prudent de s'en abstenir à la période aiguë de l'eczéma; tout au moins ne faudrait-il l'employer qu'à très faibles doses à la période subaiguë.

Les dépuratifs végétaux ont été tour à tour vantés et décriés. On pourra, en supprimant ou en ajoutant aux formules suivantes, varier les prescriptions à l'infini :

Sirop de pensée sauvage	} à à 100 gr.
— de gentiane	
— de saponaire.	
— de fumeterre.	

(Avec ou sans bicarbonate de soude. 25 gr.
— benzoate de soude 10 gr.)

Ou le fameux sirop dépuratif de Larrey :

Gaiac.	}	ââ 750 gr.
Bardane		
Patience		
Saponaire.	}	ââ 1000 gr.
Salsepareille		
Douce amère.		
Séné	}	ââ 100 gr.
Roses pâles.		
Anis vert		50 gr.
Sucre.	}	ââ 1500 gr.
Miel		

(Avec ou sans iodure de fer. . . . 10 gr.)

Ou des tisanes faites avec :

Bardane	}	ââ 6 gr.
Patience.		
Gentiane.		
Saponaire	}	ââ 4 gr.
Pensée sauvage.		
Houblon		
Séné épuisé par l'alcool		2 à 10 gr.

Ou :

Feuille de fumeterre	}	ââ 5 gr.
Chicorée.		
Cresson		
Laitue.		

20 à 30 gr. pour un litre d'eau, faire un infusé ou un décocté, laisser refroidir. 1 à 3 grands verres par jour.

En période d'eczéma chronique, l'arsenic peut rendre de grands services.

7° *Médication antitoxique.* — Cette thérapeutique est à l'étude et les essais ont donné des résultats encore incertains.

Si l'examen complet du malade a révélé un trouble glan-

dulaire endocrine, on tentera l'opothérapie : thyroïdienne¹, ovarienne², surrénale..., seule ou associée.

Si le lavage du sang n'a pas réussi, on pourra essayer d'apporter à l'eczémateux des corps antitoxiques tout préparés, sous forme de sang ou de sérum d'un individu sain (éprouvé non syphilitique par une réaction de Wassermann négative). Les uns injectent dans la fesse le sang pur prélevé dans la veine, immédiatement avant qu'il ait eu le temps de se coaguler, à la dose de 20 à 25 cm³ tous les deux jours; les autres, le sérum frais à la dose de 5 à 10 et 20 cm³ tous les deux jours; d'autres, le sérum chauffé à 56° pendant 30 minutes, etc.

8° *Modifier le terrain héréditaire ou acquis.* — On combattra les troubles révélés par un examen complet du malade.

— Les nerveux auto-intoxiqués seront envoyés à Nérès, Bagnères-de-Bigorre (sources du Foulon et du Salut).

— Les prurigineux atteints d'eczémas rebelles secs « lichénoïdes », se trouvent bien des eaux arsenicales : La Bourboule, Bussang, Mont-Dore, Gransac.

— L'arthritisme et l'hyperacidité urinaires seront corrigés par les alcalins, les eaux de Vichy, de Vals, de Chatel-Guyon, etc.; les eaux sulfatées sodiques (Plombières) ne seront pas ordonnées aux eczémas excitable, on leur réservera les eaux sulfatées calciques (Gransac, Bagnères-de-Bigorre, Aulus), ou des eaux mixtes (Brides, Saint-Gervais, Lavey).

— L'hypoacidité urinaire (constatée sur les urines du matin, par la méthode de Joulie) sera neutralisée par le jus de citron, l'acide phosphorique, seul ou associé au phosphate de soude, en surveillant la tolérance gastrique, ou plutôt par des glycérphosphates, hypophosphites, etc.

— La goutte et le rhumatisme chronique, les lithiases, se-

1. Extrait thyroïdien 0,15 à 0,60 gr. chez l'adulte; 0,02 à 0,07 gr. chez l'enfant; associé ou non à l'arsenic.

2. Les troubles utéro-ovariques seront traités à Saint-Sauveur. Eaux-Chaudes, Luxeuil, etc.

ront traités par de petites doses de bicarbonate et de salicylate de soude, de carbonate (et non de benzoate) de lithine : Royat est indiqué, à moins que l'eczéma ne soit irritable. Les uricémiques seront envoyés à Brides, Contrexéville, Vittel, Martigny, Capterre, Bagnères-de-Bigorre.

— L'artério-sclérose sera modifiée par les iodiques, par l'iodure de potassium, associés et alternant avec des séries de sels lithinés, les eaux de Contrexéville, Vittel, Évian.

— Les variqueux et phlébitiques seront envoyés à Bagnoles-de-l'Orne.

— Le tempérament scrofuleux sera traité par les sirops iodo-tannique, phospho-arsénié (v. p. 531), le sirop d'iodure de fer, la mixture ferro-arsénicale de Wilson¹, l'huile de foie de morue en surveillant la tendance congestive (v. p. 530), les iodiques (iodo-maisine) et les eaux sulfureuses (Cauterets, Luchon, Saint-Gervais, Uriage), l'iodure de soufre de Devergie², les glycérphosphates. Si l'on désire obtenir un effet sédatif, on enverra le lymphatique à Saint-Honoré, Saint-Sauveur, Moligt, La Preste. Uriage convient aux strumeux, dont l'eczéma est irritable.

— La syphilis sera traitée par les moyens habituels, en donnant peu d'iodure : plusieurs fois on a vu des eczémas, rebelles et récidivants, guérir grâce au traitement antisyphilitique qui modifiait heureusement le terrain.

Mais ces traitements, modificateurs du terrain, seront souvent plus indiqués à la période subaiguë qu'à la période aiguë, où la cure de désintoxication prime tout.

- | | | |
|----|---|------------------------|
| 1. | Vin ferrugineux | 45 gr. |
| | Sirop simple et liqueur de Pearson | à 8 gr. |
| | Eau distillée | 50 gr. |
| | 1 à 2 cuillerée à café au début ou à la fin du repas. | |
| 2. | Iodure de soufre | 0,05 gr. |
| | Soufre | 0,025 gr. |
| | Savon médicinal | q. s. pour une pilule. |
| | 2 par jour. | |

Traitement local.

Les trois grandes règles de ce traitement local doivent être :

— 1° *Supprimer toutes les irritations cutanées professionnelles ou autres* et obtenir le repos complet de la partie malade.

Par conséquent, on supprimera tous les irritants, savonnages, etc. Le malade se nettoiera avec des pulvérisations ou avec l'huile d'amande douce, avec un « lait ». S'il y a eu irritation chimique par un corps irritant, on essaiera de l'enlever par un solvant non irritant : eau, huile, parfois même éther, en tamponnant sans frotter. On rejettera les vêtements, chapeaux, gants, chaussures, si on les croit imbibés de corps irritants : teinture, etc. Le malade gardera *le repos de la région lésée* : pas de marche pour éviter les frottements et la transpiration, pas d'exposition à l'air, aux poussières, au vent, au froid. Donc repos à la chambre pendant la période aiguë et même souvent repos au lit, ou sur chaise longue.

— 2° *Ne pas nuire au malade par un traitement trop actif*, irritant la peau. Que d'eczémas ont été exaspérés, rendus très graves par des pommades à tout faire, préconisées par une puissante publicité ! Aussi est-il nécessaire de toujours *tâter les susceptibilités du malade, de graduer progressivement, de commencer par un traitement doux avant d'appliquer un médicament plus actif, et d'essayer ce dernier sur une petite région.*

— 3° *Varier le traitement suivant chaque stade de l'affection.*

1^{er} Stade de début aigu. — Il faudra calmer l'inflammation aseptique : rougeur, chaleur, douleur, tuméfaction œdémateuse, qui caractérise la poussée fluxionnaire œdémateuse. Le plus simple est d'employer ce qui réussit si bien dans les inflammations microbiennes : les pulvérisations d'eau et les pansements humides (Gaucher).

On fera donc :

— Trois ou quatre fois par jour, pendant 20 minutes, et plus souvent, si le malade en retire un grand soulagement, une *pulvérisation* avec le pulvérisateur à vapeur et de l'eau *bouillie simple* (v. p. 82), certains préfèrent l'eau de sureau, les décoctions de têtes de camomille, de racines d'aunée, de têtes de pavot; il faut rejeter les antiseptiques, l'acide borique, etc.; on enlèvera les croûtes, en tamponnant très délicatement *sans frotter*.

— Dans l'intervalle, partout où l'on peut en mettre commodément, on appliquera des *pansements humides* avec des compresses de tarlatane sans apprêt, pliées en 16 ou 20 épaisseurs imbibées d'eau bouillie pure, exprimées légèrement, recouvertes d'une couche épaisse d'ouate non hydrophile et d'un imperméable (taffetas-chiffon), et renouvelées dès que l'eczéma « chauffe » et sèche les compresses (v. p. 82). (Certains préfèrent l'eau additionnée de 10 têtes de camomille, ou 10 gr. de racines de guimauve par litre, ou des cataplasmes de fécule froids, v. p. 83).

Les bains locaux de 20 à 60 minutes feront le même effet. Les bains généraux sont réservés aux seuls cas d'eczémas généralisés et seront pris à 30 et 32° (donc pas trop chauds). Le bain continu, malheureusement difficile à appliquer, a pu donner alors de bons résultats. Mais sauf ces cas très spéciaux et rares, les grands bains sont contre-indiqués dans l'eczéma.

S'il est difficile de mettre les pansements humides, si ceux-ci sont incommodes ou mal tolérés, on essaiera tour

à tour l'un des moyens suivants dans l'intervalle des pulvérisations :

— Si l'eczéma est rouge, mais peu ou pas suintant, on se contentera de *poudrer* avec des poudres inertes : poudre de talc, d'amidon, de ceysstatite (terre d'infusoires), etc. (v. p. 116).

Lorsque l'eczéma est généralisé, le malade sera couché dans des draps très doux, très usés. On poudrera très largement sa chemise, ses draps à pleines poignées. Les poudres végétales plus douces, mais fermentescibles, seront réservés à la peau vague; dans les plis cutanés, on emploiera les poudres minérales. On réalise ainsi un véritable « bain de poudre ».

Une à deux fois par jour on nettoiera les lésions avec une pulvérisation ou une lotion, ou des onctions huileuses.

— Si l'eczéma est suintant ou douloureux, on préférera les onctions avec des corps gras non irritants : crème (v. p. 118-119), cérat sans eau frais, cold-cream frais et pur (sans benjoin, sans eau de rose), et surtout l'axonge *fraîche, fraîchement préparée et non benzoïnée*, pure ou additionnée de 1 à 3 p. 100 de tannin pur à l'éther (Gaucher), l'axonge est parfois le seul topique supporté. On poudre ou non par-dessus la couche d'axonge.

Les seules préparations recommandables à cette période sont :

Sous-nitrate de bismuth (<i>non acide</i>)	3 à 6 gr.
Axonge fraîche, fraîchement préparée, <i>non benzoïnée</i> .	60 gr.

Ou les crèmes :

Carbonate de bismuth.	3 gr.
Lanoline	10 gr.
Eau	20 gr.
Tannin pur (facultatif)	0 gr. 30
	[GAUCHER]

On peut, par-dessus cette onction, faire un pansement humide, ou au contraire poudrer largement avec du talc.

2^e Stade intermédiaire subaigu. — La poussée aiguë s'éteint, la tension et l'œdème ont disparu presque complètement. On doit se contenter des topiques inertes, sinon on risque d'irriter la lésion et de réveiller la poussée aiguë. On appliquera donc soit une crème au carbonate de magnésie ou au carbonate de bismuth (v. p. 119), soit une pâte poreuse d'oxyde de zinc¹ ou de sous-nitrate de bismuth (v. p. 121) :

Oxyde de zinc	} à à 20 gr.
Talc	
Huile d'amande douce	30 gr.

Appliquer matin et soir ou plus souvent, et poudrer par-dessus avec du talc; nettoyer, s'il y a lieu, avec une crème ou l'huile d'amande douce.

Tout au plus peut-on tenter le goudron, qui est d'ordinaire peu irritant, quoique actif, sous forme de pâte :

Goudron brut de houille	1 gr. à 10
Oxyde de zinc	} à à 20 gr.
Talc	
Huile d'amande douce	

Ou incorporé à une crème : Ou :

Vaseline	40	Carbonate de magnésie	} à à 20
Lanoline	30	Goudron (ou ichthyol).	
Eau de chaux	20	Lanoline	} à à 40
Goudron	10	Huile	
[DIND]		Eau	

— Ou vernis au caséinate de soude contenant 5 à 20 p. 100 de goudron brut de houille lavé (laccoderme) : on talque par-dessus. Ces vernis s'enlèvent facilement avec de l'eau.

— Ou, *goudron de houille brut lavé*, sans mélange, surtout si les plaques sont limitées. Souvent le goudron pur réussit

1. Si les démangeaisons persistent très vives, on peut tenter de leur incorporer des antiprurigineux, par exemple du camphre pulvérisé, dans la proportion de 1/200 à 1/50, ou essayer le liniment oléo-calcaire contenant 1/300 à 1/100 d'acide phénique, (v. p. 309) mais en se méfiant, car ces corps peuvent être irritants.

mieux que le goudron dilué en pommade, surtout au point de vue du prurit. On enlève les croûtes avec une pulvérisation, on nettoie les lésions avec de l'eau bouillie et, si elles sont infectées, on prend la précaution de les désinfecter par des pulvérisations et pansements humides, renouvelés pendant deux à trois jours. On nitrate (v. p. 187), puis on goudronne; le goudron est ramolli s'il le faut au bain-marie et appliqué avec un large pinceau plat (dit pinceau queue de morue) en couche épaisse. Le malade se plaint d'une cuisson qui ne dépasse guère une demi-heure. On laisse sécher une à deux heures, on talque par-dessus, on recouvre d'une gaze, puis d'une toile de coton peu épaisse, maintenue par une bande pour que le goudron ne tache pas. L'enduit reste plus ou moins adhérent, on le surveille donc et l'on regoudronne le lendemain les zones écaillées, en enlevant les lambeaux qui se soulèvent et en les remplaçant par une nouvelle couche, après avoir nitraté. Si le malade veut se nettoyer, il emploiera l'huile d'amande douce ou même l'éther. En huit à dix jours le résultat doit être obtenu, sinon, il est inutile de s'obstiner. On continuera avec une crème. Parfois ce traitement au goudron pur est irritant et détermine une véritable dermite, on surveillera donc attentivement les applications.

Ces moyens suffisent le plus souvent. Sinon on tentera, dès que la poussée aiguë s'éteindra, avec ou sans badiageons au nitrate d'argent, les mélanges de pâtes et pommades réductrices progressivement graduées suivant le « procédé des deux pots » (v. ci-dessous et p. 93).

3^e période. Eczéma torpide. — C'est là surtout que la thérapeutique doit être graduée et adaptée aux divers aspects cliniques : la méthode la plus prudente est celle « des deux pots » (v. p. 93) : le malade a deux pots, l'un d'une préparation inerte (*pâte* : oxyde de zinc, talc, huile,

ââ — ou *crème* au carbonate de magnésie, p. 149) et une préparation forte : pâte réductrice (p. 189) ou baume (v. p. 92). Il commence par un mélange d'une partie de préparation forte et de neuf parties de la préparation faible, etc., il arrive progressivement aux mélanges 2 et 8, 3 et 7, 4 et 6, 5 et 5, etc., et à la préparation forte pure, plus ou moins rapidement, suivant la tolérance. Si l'on a été « trop fort » un jour, on revient en arrière, etc.

Voici quelques exemples particuliers :

1^{er} DEGRÉ. — 1^{er} cas : *Lésions suintantes ou exulcérées des plis ou de la peau vague*. Si les lésions persistent suintantes ou démangeantes, malgré que l'œdème ait disparu et que la poussée aiguë ait régressé, on doit essayer le badigeonnage avec une solution aqueuse de nitrate d'argent concentré : 4/25 à 1/10 (Alibert). On laisse sécher, puis on applique soit le goudron pur ou dilué dans une pâte, dans une crème (p. 185-186), soit les réducteurs par le procédé des deux pots, soit, en cas d'échec, une crème ou une pâte à l'oxyde de zinc, additionnée de 1 à 5 p. 100 de tannin pur ou de 1 à 2 p. 100 d'acide picrique¹ ou une pâte au sous-acétate de plomb (v. p. 188) et on poudre par-dessus. On remettra matin et soir de la pâte; on ne recommencera le nitrage que trois à six jours après, suivant la réaction produite par le premier badigeonnage : en effet, le nitrage produit une réaction, mais qui ne doit pas être trop vive².

On tentera les eaux minérales de *Sail-les-Bains*, *Uriage*, *Luchon*, *La Bourboule*.

2^e cas : S'il persiste un œdème froid et indolent, on peut

1. Acide picrique 1 et eau distillée Q. S. pour dissoudre; oxyde de zinc 10; lanoline et vaseline ââ 45. [MIRI. L.]

2. Dans les mêmes circonstances et si le nitrate est mal supporté, on peut essayer des badigeonnages avec la solution aqueuse d'acide picrique, 1/100, tous les trois ou quatre jours, ou la solution aqueuse de bleu de méthylène, 1/500 à 1/250, les lotions quotidiennes de liqueur de Burrow : alun 5, acétate de plomb 25, eau 300 (étendue de 5 à 10 volumes d'eau).

tenter, en même temps que le régime déchloruré, des enveloppements locaux avec des solutions salées hypertoniques, 15 à 25 grammes p. 1 000 par exemple, qui attireront au dehors l'eau d'œdème et feront « sortir l'eczéma ». Mais on se méfiera que ces solutions salées fortes irritent souvent les lésions d'eczéma.

3^e cas : Si les lésions sont *populo-vésiculeuses urticariennes*, démangeantes et congestives, on associera à la crème (v. p. 119) ou à la pâte d'oxyde de zinc des doses progressivement croissantes d'extrait d'hamamelis, 1 à 5 p. 100, de solution d'adrénaline au 1/1000, 1 p. 100, d'ergotine 5 à 10 p. 100; on pourra tenter le goudron pur.

2^e DEGRÉ. — *Lésions régressantes, commençant à desquamer et à peine suintantes, mais encore irritables.*

On appliquera soit des réducteurs forts en les diluant par le procédé des deux pots, soit des réducteurs doux : 5 à 20 p. 100 de goudron, thiol, tuménol, ichthyol, 1 à 25 p. 100 d'huile de cade.

Par exemple :

Huile de cade pure de genévrier.	5 à 10 gr.
Oxyde de zinc.	{ à à 20 gr.
Talc	
Huile d'olive	15 à 10 gr.

En cas de prurit, ajouter : camphre, 1 gramme. [GAUCHER]

Ou :

Ichthyol	{ à à 1 à 2 gr.
Goudron ou tuménol	
Oxyde de zinc.	{ à à 6 gr.
Lanoline pure.	
Vaseline pure.	8 gr.
	[BROCC]

Ou :

Bol blanc ou jaune (kaolin).	{ à à 30
Huile de ricin.	
Oxyde de zinc.	{ à à 20
Sous-acétate de plomb	
Bol rouge.	q. s. pour teinter.
	[UNNA]

Il est utile alors de donner à l'intérieur de faibles doses d'arséniate de soude, de même qu'au 3^e degré.

3^e DEGRÉ. — *Lésions squameuses séchées, ne semblant plus « enflammées », donc non irritables.*

On peut tenter des pommades fortes « réductrices ». Mais il est plus prudent de commencer par des doses faibles de médicaments actifs incorporés aux pommades précédentes, puis d'en élever progressivement les doses par le procédé des deux pots. Si d'emblée on essaye une pommade forte, on ne la laissera qu'un temps limité, une heure par exemple, puis on l'enlèvera avec de l'huile d'amande douce et on réappliquera la pommade peu active, employée jusque là. Les jours suivants, on augmente progressivement ce temps d'action de la pommade forte; il est facile ainsi d'arrêter l'action irritante d'une pommade trop active.

Ces pommades fortes sont constituées par l'adjonction aux précédentes formules (p. 188) de 1 à 5 p. 100 de soufre précipité lavé, 1 à 3 p. 100 d'acide salicylique, 1 à 5 p. 100 de calomel, 1 à 3 p. 100 d'oxyde jaune de mercure, 1 à 2 p. 100 de résorcine, 1 à 3 p. 100 de tannin pur (de Pelouze), 1 à 2 p. 100 de naphтол, etc., par exemple :

Soufre précipité lavé	}	ââ 1 gr.
Camphre		
Acide salicylique		
Huile de cade vraie de genévrier		10 gr.
Oxyde de zinc	}	ââ 20 gr.
Talc		
Huile d'amande douce		15 gr.

M. S. A. au mortier. (tache le linge) [GAUCHER]

Certaines préparations faites à haute température, provoquant la combinaison du soufre, de l'huile de cade, etc., rendent les corps moins irritants et permettent de les employer à hautes doses (baume de Baissade, baume de Duret, v. p. 92).

En raison de l'odeur de ces pommades, on ne peut souvent les appliquer que la nuit, on les enlèvera le matin avec de l'huile d'amande douce et on appliquera dans le jour, ou la pâte de zinc simple, ou une pâte non odorante.

4^e DEGRÉ. — Lésions non irritables.

Quand on s'est assuré que les lésions ne sont plus irritables, on augmentera la proportion des corps actifs dans les formules précédentes (baumes). C'est encore la période de choix pour appliquer sur les lésions limitées des emplâtres : emplâtre à l'oxyde de zinc pur ou additionné d'huile de cade, 1/10, d'acide salicylique à 1/50, emplâtre à la glu (de Beslier), emplâtres blancs de Hebra ou de Vidal, etc. L'emplâtre est découpé en rond, si la lésion est petite, en bandelettes que l'on imbrique, si la lésion est plus étendue ; ce traitement est commode et non salissant.

4^e Période. Formes rebelles squameuses. On tentera des pâtes salicylées cadiques fortes, des pommades à l'oxyde jaune de mercure à 1/50, 1/30, des baumes purs (v. p. 92). Ces formes squameuses étant analogues au psoriasis, seront traitées comme cette affection (v. p. 235).

Si les pommades réductrices et les emplâtres de plus en plus actifs, échouent, on essaiera la méthode exfoliante employée dans le traitement des acnés (v. p. 359) et surtout deux à trois séances de radiothérapie, sans insister davantage en cas d'échec, pour éviter des radio-dermites.

On tentera des bains sulfurés faibles puis forts à Barèges, Luchon, etc., ou les cures de Saint-Gervais, Saint-Honoré, ou encore de La Bourboule.

C'est dans ces cas rebelles qu'on fait exprès parfois d'exaspérer l'eczéma chronique et de le rendre aigu par l'application d'une toile caoutchoutée, mise directement sur la peau. On la renouvelle toutes les trois heures, on

lave l'eczéma et on remplace le caoutchouc par un nouveau caoutchouc minutieusement nettoyé (v. p. 89).

Variantes : Les formes hyperkératosiques que l'on ne rencontre guère qu'aux paumes des mains et plantes des pieds, seront traitées comme les kératoses (v. p. 706). On s'abstiendra de toute cure arsénicale.

Les formes rebelles congestives, compliquées de tégectasies, seront traitées comme les rosacées (v. p. 714) par des scarifications, etc.

Les formes prurigineuses seront traitées comme les prurits, en se méfiant de l'irritabilité des téguments (v. p. 309).

Les formes infiltrées lichénisées seront traitées comme le lichen simple, par des colles (v. p. 129), par des emplâtres à l'oxyde de zinc et acide salicylique, au camphre, au menthol, etc., lotions au sublimé au 1/200, pommades exfoliantes (v. p. 313, 359), etc., par la radiothérapie, les scarifications. Deux ou trois séances de scarifications seront faites à la profondeur voulue, de façon à atteindre le réseau vasculaire sous-papillaire, donc assez superficiellement, on les répète de huit jours en huit jours, puis on appliquera des pommades actives.

Les formes hypertrophiques, papillomateuses, que l'on ne voit guère que sur des membres inférieurs éléphantiasiques, seront traitées par le repos horizontal ou mieux par la compression méthodique avec une bande élastique placée par-dessus un épais pansement ouaté; on essaiera les pommades à l'oxyde de zinc renforcé de calomel ou de goudron, ou les emplâtres au cinabre. En dernière ressource, on fera des *scarifications*, de l'ignipuncture, de l'acide carbonique neigeux.

Traitement des eczémas compliqués, infectés.

Les eczémas infectés ne seront pas traités d'emblée comme des pyodermites car ce traitement pourrait les

irriter; il est plus prudent d'aller progressivement :

1° Si l'infection est diffuse, on recommandera des bains locaux à l'eau bouillie chaude, ou des pulvérisations; on ouvrira les bulles purulentes avec une aiguille flambée; on nitratera l'emplacement exact des bulles purulentes et on appliquera un pansement humide.

2° Si ce pansement humide semble diffuser les lésions d'infection (car le pansement humide constitue une sorte d'étuve), on le remplacera par une poudre minérale : oxyde de zinc ou la poudre d'Alibour (v. p. 393).

3° Si l'eczéma devient moins aigu et par conséquent plus tolérant, on tentera un antiseptique faible : crème d'Alibour faible (v. p. 389), pâte de zinc additionnée de calomel et tannin au 1/100 à 1/30.

4° Si l'eczéma n'est plus irritable, on le traitera comme une pyodermite, mais en ayant soin de n'appliquer les antiseptiques (eau d'Alibour, etc.) que sur les placards infectés; on protège les régions eczémateuses par une crème ou une pâte d'oxyde de zinc cadiques.

Traitement des eczématisations secondaires

complicant d'autres éruptions : séborrhée

(eczéma séborrhéique vrai), pityriasis, psoriasis, etc.

L'eczématisation étant le témoin d'une irritation (externe le plus souvent), il faut cesser le traitement local actif de l'affection antérieure ou diminuer les doses et appliquer le traitement *général* et *local* de l'eczéma en se réglant sur l'état des lésions.

Tantôt, surtout pour les lésions œdématisées, on se trouvera bien d'une thérapeutique douce : pulvérisation,

crème au carbonate de bismuth (v. p. 185). On recommencera le traitement actif par le goudron, le sapolan (v. p. 185 et 188).

Tantôt au contraire, et l'on ne sait pas pourquoi, ces applications douces restent sans effet, parfois même elles provoquent des poussées et il vaut mieux employer d'emblée des pâtes au goudron, sapolan, etc., et même le goudron pur après nitratage : ce sont surtout des lésions squameuses souvent infiltrées (mais non œdématisées) à vésicules disséminées, dites « eczéma séborrhéique ». Parfois on est étonné, après que toutes les pommades inertes ou faibles ont échoué, de voir réussir des pâtes irritantes :

Huile de cade.	} àà 10 gr.	
Lainine		
Vaseline		
Soufre précipité	} àà 1 gr.	
Cinabre		
Résorcine		
		[SABOURAUD]

ou :

Oxyde jaune de mercure	1	
Huile de cade vraie.	4	
Cérat sans eau	15	
		[BROcq]

Quand le malade a de l'eczéma ou rappelle qu'il a eu de l'eczéma, on se montrera prudent dans le traitement des « dermatoses non irritables », on n'appliquera les pommades fortes qu'à l'essai pendant une heure par exemple, et en remettant ensuite la pommade faible.

Traitement des eczémas de certaines régions.

L'eczéma de certains points du tégument peut réclamer des soins spéciaux, la radiothérapie donnant souvent

d'excellents résultats dans les formes localisées, rebelles et prurigineuses.

PAUPIÈRES ET CONJONCTIVES. — Dans les formes inflammatoires, on recommandera les pulvérisations et dans l'intervalle l'application d'ouataplasme, de cataplasme (v. p. 83) ou d'axonge bismuthée (v. p. 183), etc. En cas d'eczéma prurigineux moins aigu, on lotionnera avec l'eau de camomille tiède ou très chaude; on tentera encore dans ce cas des lotions chaudes avec le cyanure de mercure au 1/10 000.

Sur le bord libre des paupières, on appliquera avec un petit pinceau très doux ou une feuille de papier de soie roulée, gros comme une tête d'allumette de :

Oxyde jaune de mercure lavé. 0 gr. 10 à 0 gr. 20
Vaseline blonde stérilisée, vérifiée non *acide*. 10 gr.

(le tégument supporte parfois mieux la pommade au calomel à 2 p. 100).

En cas d'infection des cils, on épilera et on cautérisera le point infecté avec la pointe d'un cristal de sulfate de cuivre.

Si la conjonctive est enflammée, on fera en outre une instillation de collyre au sulfate neutre d'atropine à 1/200 et si les lésions tendent à se cicatriser une instillation de quelques gouttes d'électrargol ou de :

Alun. 0 gr. 10
Eau distillée bouillie . . . 12 gr.

SOURCILS, BARBE, MOUSTACHE. — L'eczéma de ces régions se complique souvent de folliculites tenaces réclamant un traitement spécial : épilation. (Voir *Sycosis*, p. 405.)

LÈVRE SUPÉRIEURE. — Dans les cas rebelles, on appliquera pendant la nuit une bandelette de caoutchouc maintenue par des liens noués derrière la tête et dans le jour une pommade mercurielle à 1 p. 100 ou au goudron (5 à 25 p. 100)

ou salicylique (1 à 2 p. 100) et des pulvérisations au borate de soude (3 p. 100) ou mieux résorcinées (0,50 p. 100).

Puis, en cas d'échec, on tentera l'épilation radiothérapique (ou à la pince) ou des scarifications linéaires quadrillées suivies de pulvérisations et d'une pommade mercurielle.

NARINES. — 1° Nettoyer plusieurs fois par jour, avec des pulvérisations d'eau bouillie tiède (l'eau boriquée est souvent irritante) ou avec de l'huile d'amande douce ou, si elle est tolérée, avec une solution de sulfate de cuivre de 1/1000 à 1/100 (ou avec l'eau de Saint-Christau);

2° Épiler les poils enflammés à la pince;

3° Oindre tout l'orifice narinaire à l'extérieur avec une crème d'Alibour (v. p. 389) ou avec une pommade au goudron; à l'intérieur avec la même pommade ou une pommade mercurielle à l'oxyde jaune de mercure 1 p. 100;

4° En cas d'insuccès tenter les onctions avec :

Emplâtre diachylon . . . 1 à 10 gr.

Huile d'olive 19 à 10 gr.

Ou :

Mousse d'emplâtre rouge de Vidal . . 1 à 5

Huile d'olive 19 à 15

seules ou combinées avec des badigeonnages avec le bleu de méthylène à 0,20 p. 100 ou l'acide picrique à 0,40 p. 100.

5° Instiller ou pulvériser à l'intérieur du nez de l'huile gomenolee à 10 p. 100 ou résorcinée à 1/100 ou salicylée à 1/50.

6° Se méfier de l'infection endonasale et la combattre par des moyens spéciaux (voir les Traités d'otorhinolaryngologie) ou simplement par des lavages d'eau chaude salée à 0,60 p. 100; ou faire dissoudre dans un litre d'eau un des paquets :

Sel marin 6 gr.

Résorcine 4 gr.

BORD DES LÈVRES. — Cet eczéma, chronique, récidivant, compliqué de gerçures, est souvent entretenu par la mau-

vaise habitude de se mordre ou lécher les lèvres ; il réclame l'emploi de crèmes (v. p. 119) ou de cold-cream.

Ou :

Glycérolé d'amidon.	10 gr.
Oxyde jaune de mercure	0,10 à 0,30 gr.
Carmin	q. s.

Ou :

Calomel	0 gr. 10
Tanin	0 gr. 10
Beurre de cacao	14 gr.
Huile de ricin	1 gr.
Carmin	q. s.
[Couler en bâton].	

Ou :

Huile de bouleau	II gouttes
Tanin	0,30 à 1 gr.
Beurre de cacao	15 gr.
Essence de badiane	V gouttes
Carmin	q. s.
[Brocq]	

(Couler en bâton.)

(Pour empêcher la manie de se lécher les lèvres, on peut ajouter un amer quelconque : quelques gouttes d'un extrait aqueux de quassia amara ou d'aloès.)

CONDUIT AUDITIF EXTERNE. — En période aiguë, pulvérisation et mèche imbibée d'eau bouillie, le pavillon de l'oreille étant recouvert par un ouataplasme.

En période de déclin, cautérisation au nitrate d'argent à 2 p. 100, puis huiler : on se sert d'abord d'huile pure, puis on lui ajoute de l'huile de cade 1 p. 100 ...jusqu'à 25 p. 100.

(Ne jamais mettre de pâte ou de pommade dans le conduit, sauf à l'entrée et sur le pavillon de l'oreille.)

CUIR CHEVELU. — Couper les cheveux chez l'homme. Ne pas couper les cheveux chez la femme, à moins de cas grave exceptionnel.

Faire tomber les croûtes avec l'huile ou des pulvérisa-

tions, douches de vapeur; se méfier du bonnet de caoutchouc qui favorise l'infection ¹.

Ne pas s'attarder aux moyens habituels; s'ils échouent, essayer rapidement les préparations cadiques ou au goudron; notamment l'huile de cade incorporée à l'huile d'olive dans la proportion de 5 à 30 p. 100; on peut ajouter à cette huile 1 à 10 p. 100 de soufre et de camphre associés, 1 p. 100 de résorcine et de naphthol 3, ou mieux d'oxyde jaune de mercure.

Dans les cas rebelles, appliquer le traitement des pityriasis (v. p. 376).

A la convalescence des eczémas irritables, prendre grand soin de la toilette du cuir chevelu, le laver avec de l'eau bouillie contenant du coaltar saponiné ou avec un mélange de deux jaunes d'œuf et de décocté de bois de Panama.

MAMELONS ET SEINS (se méfier de la gale, v. fig. 57). — A moins d'inflammation intense et étendue qui réclame le traitement habituel : pulvérisations et pansement humide, etc., on emploiera d'emblée le nitratage et une pâte au goudron ou à l'huile de cade (v. p. 188).

En cas d'insuccès, on associera à l'huile de cade de la résorcine, etc.

Dans des cas très rebelles, on a pu réussir avec des pomades à l'acide pyrogallique (5 à 10 p. 100), ou avec de l'onguent diachylon, ou même du savon noir (Hebra); les applications sont de courte durée, et on calme aussitôt l'irritation produite par un ouataplasme ou une pâte d'oxyde de zinc.

PÉRINÉE ET ANUS. — Les premiers jours, pansements humides la nuit (et le jour si le malade reste au lit), maintenus par un caleçon de bain; on peut y ajouter une fenêtre et un suspensoir pour les bourses.

1. Il faut avoir au moins deux bonnets que l'on change de 3 en 3 heures, l'un étant nettoyé pendant qu'on applique l'autre (v. p. 89).

— Pendant le jour appliquer la pâte à l'oxyde de zinc ou poudrer avec une poudre minérale (et non végétale); bien séparer les surfaces cutanées par du linge usé.

— Sauf si l'œdème est marqué, nitrater dès que les croûtes sont tombées, donc dès les premiers jours, surtout s'il existe des fissures, et appliquer la pâte à l'oxyde de zinc cadiqué huileuse (v. p. 188).

— Si les préparations cadiques échouent, on essaiera les crèmes au goudron, ichthyol, etc.

— Si le nitrage est mal supporté ou échoue, on tentera les cautérisations avec les solutions aqueuses de sulfate de cuivre au 1/20 et même avec un cristal de ce sel, avec le baume du Commandeur (tous les jours : Vidal), avec la teinture de benjoin (L. D. Bukley).

— Si les douleurs anales sont intenses, les calmer par :

Chlorhydrate de cocaïne . . .	0 gr. 01
(ou extrait de belladone. . . .)	0 gr. 01
et extrait thébaïque.	0 gr. 01 à 0 gr. 03)
Beurre de cacao	3 gr.
Pour un suppositoire n° 12.	

— Si l'eczéma anal est prurigineux, faire le traitement du prurit : lotions très chaudes, etc., radiothérapie (v. p. 307, 314).

— Exiger une propreté méticuleuse de la région : huiler avant d'aller à la selle et nettoyer avec un tampon d'ouate huilée; ne pas uriner dans le prépuce, etc.; huiler après chaque émission et poudrer largement.

— Après guérison, continuer ces soins de propreté, huiler très légèrement et poudrer largement plusieurs fois par jour, bien séparer les surfaces cutanées par du linge usé; éviter les frottements, les longues marches, etc.

VULVE. — Combattre les causes locales : écoulement... Dans ce but Vidal introduisait dans le vagin, à l'aide du speculum, des tampons d'ouate en queue de cerf-volant (c'est-à-dire reliés les uns aux autres par un fil solide)

dont les trois premiers avaient été imbibés d'un mélange de :

Baume Gurjum.	10 gr.
Eau de chaux médicinale.	20 gr.

Les autres tampons étaient saupoudrés de talc. Il faisait un pansement par jour.

— Lavage à l'eau bouillie plusieurs fois par jour et cataplasme de fécule de pomme de terre ou ouataplasme roulés en forme de speculum (Hillairet).

Puis dès que les lésions sont moins aiguës : nitratage (répété s'il le faut trois à six jours après).

Les jours suivants, lavage à l'eau et application de poudre minérale ou de pâte à l'oxyde de zinc ou de crème (v. p. 185) extérieurement et d'ovule ichthyolé intérieurement :

Ichthyol	1 gr.
Sous-nitrate de bismuth	4 gr.
Beurre de cacao.	8 gr.

En cas d'échec, on tentera rapidement la radiothérapie.

SCROTUM. — En cas d'eczéma suintant :

— Dans le jour, poudrer avec du talc pur et porter un suspensoir souple poreux.

— La nuit, pansement humide ou pâte à l'oxyde de zinc, le scrotum étant soulevé par en dessous sur une planchette ou sur une lame de carton entaillée.

Puis sur les lésions régressantes appliquer :

Talc.	99 à 98 gr.
Acide salicylique	1 à 2 gr.

et les pâtes cadiques (v. p. 188), etc.

PRÉPUCE ET GLAND. — Sur les lésions aiguës, traitement habituel.

Sur les lésions régressantes :

— Bains locaux d'eau bouillie ou solution aqueuse de résorcine à 0,50 p. 100.

— Puis pommade au calomel à 3 p. 100 ou, si elle n'est pas supportée, oindre d'une mince couche d'huile et poudrer avec :

Carbonate de magnésie. . . .	30 gr.
Aristol.	2 gr.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Traitement habituel avec, en outre, repos en position horizontale de la jambe et surtout pansement ouaté compressif au moyen d'une bande en tissu de bas à varice (tricot élastique) ou avec une bande Velpeau (ou ses succédanés).

Cette compression diminue en même temps les inconvénients des varices qui, presque toujours associées à l'eczéma de cette région, favorisent son apparition.

Les emplâtres sont particulièrement indiqués dans les formes chroniques.

PLIS ARTICULAIRES (aisselle, etc.). — Nettoyer par des pulvérisations ou des pansements humides; ouvrir les abcès s'il y a lieu, etc.

— Nitrater le fond des plis, les fissures et toutes les surfaces suintantes.

— Poudrer avec le talc pur ou le talc contenant 1 p. 100 d'acide salicylique ou la poudre d'Alibour (v. p. 393); séparer les surfaces cutanées avec du vieux linge. Nettoyer à l'huile et repoudrer.

— Si la poudre est mal supportée, la remplacer par la pâte de zinc huileuse et poudrer par-dessus avec le talc.

— Sur les lésions en régression appliquer la pâte cadique huileuse, ou la pâte réductrice (v. p. 189).

— Sur les lésions sèches poudrer avec de l'aristol ou :

Sous-gallate de bismuth . . .	40 gr.
Talc	20 gr.
Oxyde de zinc	26 gr.

Longtemps après la guérison, une propreté méticuleuse, des lotions d'eau additionnée de coaltar saponiné,

de collosol cadique, le poudrage matin et soir avec l'une des poudres ci-dessus, seront indispensables.

Les lésions lichénisées du pli du coude, du creux poplitée, etc., nécessiteront le traitement spécial des lichénisations : lotion au sublimé à 0,50 à 1 p. 100 suivie d'application de pommade au diachylon ou d'emplâtre à l'oxyde de zinc salicylé, etc., radiothérapie (v. p. 313).

MAINS ET PIEDS (à l'exception des faces palmaires et plantaires). — Traitement habituel; en n'oubliant pas le repos en position horizontale : bras en écharpe, la main étant élevée, pieds étendus plus haut que la racine du membre.

Pour l'eczéma interdigital et des plis des orteils, voir traitement de l'eczéma des plis articulaires (p. 200).

Prévenir la récurrence en évitant les irritations : le médecin forcé d'opérer ou de faire des pansements portera des gants de caoutchouc *larges, secs* et poudrés de talc aseptique. S'il se lave les mains, il le fera avec un savon de goudron en évitant les solutions antiseptiques ou en choisissant celles qu'il sait ne pas l'irriter : oxycyanure, etc. (les plus irritantes sont le sublimé, le formol, le bisulfite), il se séchera les mains avec des compresses aseptiques et se les graissera avec de l'huile stérile. Il évitera les gerçures en se glycérinant légèrement et en se séchant soigneusement les mains après chaque lavage. La nuit il s'enduirá les mains de glycérolé d'amidon et portera des gants de fil larges, remplis de poudre d'amidon.

PAUMES ET PLANTES. — Dans l'eczéma suintant, faire, immédiatement après le décapage par les pansements humides, un nitratage et appliquer la pâte cadique huileuse (p. 189) ou le goudron pur. Dans les cas rebelles, essayer l'huile de cade pure, les emplâtres à l'acide salicylique.

Dans les formes sèches, voir traitement des kératodermies (p. 706).

ONGLES. — L'eczéma du bord unguéal sera traité comme un eczéma ordinaire : nitratage, pâte cadique, etc.

Les lésions de l'ongle lui-même sont peu influençables par le traitement local : on essaiera de la radiothérapie. S'il n'existe que des stries et ponctuations on ordonnera une pommade quelconque « psychique ». Si l'ongle forme des masses cornées disgracieuses on peut tenter de les détruire : la nuit on appliquera un doigtier rempli de glycérolé cadique salicylé (v. p. 226, note 1), le jour on se contentera d'une pommade moins odorante et moins colorée, par exemple :

Acide salicylique	1 gr.
Vaseline	40 à 5 gr.

et l'on fera matin et soir un badigeonnage avec :

Acide salicylique	5 gr.
Alcool à 90°	50 à 25 gr.

Si l'ongle est douloureux, on le protégera par un emplâtre à l'oxyde de zinc et acide salicylique ou mieux par un collodion :

Acétone de bisulfite . . .	10 gr.
Fulmicoton	0 gr. 60
Valériante d'amyle . . .	1 gr.
Acide salicylique	0 gr. 50
Éosine à l'alcool	q. s.

Ce collodion est le meilleur palliatif esthétique de cette petite infirmité.

On a tenté le raclage et même l'ablation sous anesthésie locale à la stovaïne.

Traitement de la convalescence.

A la convalescence, il sera prudent de poursuivre le traitement général plusieurs semaines et le traitement local plus ou moins adouci, plusieurs jours après la guérison. Par exemple, on continuera les applications de crèmes (v. p. 186), de pâtes à l'oxyde de zinc (v. p. 186).

Le malade fera grande attention au nettoyage de l'épiderme, il évitera les savons, etc., il n'usera que d'huile ou de « lait » médicamenteux, parfois de coaltar saponiné.

Traitement de sûreté.

Le rôle du médecin est loin d'être terminé quand la poussée d'eczéma est guérie ; le praticien doit s'efforcer d'en prévenir le retour par une hygiène appropriée à chaque malade, car, suivant l'expression classique, « l'eczéma couve comme le feu sous la cendre » ; il suffirait d'une imprudence alimentaire, d'une irritation locale pour le faire reparaitre.

1° *Désintoxication alimentaire*, régime des eczémateux (voir ci-dessus : p. 175) et, un à deux jours par semaine ou deux à cinq jours chaque quinzaine, régime lacté absolu ou régime végétarien avec diète aqueuse. Toutefois il faut se méfier de mettre les eczémateux, surtout les enfants, les adolescents, les scrofuleux, les hypoacides à un régime de dénutrition.

2° *Corriger les troubles gastro-intestinaux et viscéraux* : urinaires, utéro-ovariens, etc.

3° *Désintoxication intestinale* : éviter la constipation ; au besoin, tous les huit jours prendre un petit purgatif et faire des lavages intestinaux pendant plusieurs jours.

4° *Favoriser la diurèse* : deux fois par mois pendant 3 à 7 jours prendre le matin à jeun, une heure avant le déjeuner et avant le dîner, un verre d'eau de Contrexéville, Vittel ou Evian, pendant la première période, et eau de Vichy (Célestins) pendant la deuxième période.

5° *Calmer l'irritabilité nerveuse* : pas d'émotion, pas de surmenage, etc., prendre s'il y a lieu de la valériane.

6° Tenter des tisanes dépuratives (P), de faibles doses d'arsenic (v. p. 178-179).

7° Tenter, s'il y a lieu, l'opothérapie thyroïdienne, ovarienne, etc.

8° Traiter le terrain autant que faire se peut.

9° Localement éviter toutes les irritations : pas de savonnage ; toilette avec de l'huile d'amande douce, du collosol ou du « lait » (v. p. 113) et poudrer, remplacer le savon par du coaltar saponiné dilué dans l'eau ; pas de grands bains, prendre des tub tièdes.

10° Traiter jusqu'à disparition les points d'appel : infection rétro-auriculaire, pityriasis de la tête, etc.

On essaiera d'enrayer les poussées, quand le malade en perçoit les prodromes, en prenant 4 à 6 pilules de :

Poudre de feuilles de belladone	0 gr. 01
(ou extrait alcoolique de semences,)	0 gr. 001)
Bromhydrate de quinine.	0 gr. 05
Extrait de valériane.	0 gr. 10
Poudre de valériane et glycérine.	q. s. pour 1 pilule

On peut y ajouter :

Extrait de digitale.	0 gr. 005
Extrait acétique de colchique.	0 gr. 02

ou :

1 pilule matin et soir de :

Bromhydrate de quinine.	} à 0 gr. 10
Extrait acétique de colchique.	
Poudre de Dower	

Avec ou sans extrait de coloquinte

composé 0 gr. 01 à 0 gr. 005

On redoublera de précautions aux périodes que le malade sait dangereuses : automne, etc.

Telles sont les grandes règles du traitement des eczémateux, il faut les adapter à chaque malade en s'appuyant sur un examen complet viscéral et cutané et savoir les modifier suivant les périodes de la poussée eczémateuse.

*
* *

VI. — PRONOSTIC

Le pronostic, bénin dans les formes passagères non récidivantes, devient de plus en plus grave à mesure que l'E. se généralise, résiste ou récidive, car l'E. rebelle, généralisé ou étendu est souvent témoin de troubles profonds, internes, qui peuvent entraîner la mort.

Même dans les cas les plus bénins, les plus passagers, le pronostic de l'E. est toujours sérieux, car une première atteinte prouve que le malade est un prédisposé et il est bien rare qu'il ne présente pas des crises ou des lésions torpides ultérieures.

Même très localisé, l'eczéma peut constituer une infirmité empêchant certaines professions (blanchisseurs, photographes, etc., chirurgien) ou devenir une torture pénible : Eczéma anal, vulvaire.

On ne doit jamais négliger un eczéma, car toujours c'est un *symptôme avertisseur* d'un trouble général; l'eczéma peut annoncer longtemps à l'avance une auto-intoxication, une tendance diathésique, une insuffisance rénale; il permet ainsi de traiter le malade dès le début des troubles organiques, de prévenir ou de ralentir la marche de troubles internes qui, négligés, auraient pu être très graves. On doit donc toujours, à propos de l'eczéma le plus bénin, faire un examen complet du malade afin de com-

battre les troubles naissants ou prévenir les affections à venir.

*
* * *

PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT

Le pityriasis rosé de Gibert semble être une infection spécifique (comme la rougeole)¹, conférant l'immunité, apparaissant par série au printemps et à l'automne (comme les zonas); mais au point de vue pratique il faut le rattacher aux dermatoses irritables (fig. 64).

Le pityriasis rosé de Gibert est caractérisé par :

— 1° Début insidieux, rarement marqué par quelques troubles généraux, habituellement annoncé par une plaque unique (qui à la période d'état apparaîtra plus grande que les autres) ou par deux plaques, siégeant sur le tronc ou sur le cou, parfois aux membres supérieurs, rarement aux membres inférieurs.

— 2° Apparition soudaine et simultanée au bout de quatre à quinze jours d'une éruption de plaques multiples érythémateuses devenant rapidement squameuses, appelées « médaillons » (fig. 64), inégales, de 20 à 80 millimètres, souvent confluentes, disséminées en grand nombre sur le thorax, le cou, les racines de membres, quelquefois sur les membres², exceptionnellement au visage.

— 3° Aspect spécial de ces médaillons: tous, petits et

1. Le germe est encore discutée : pour Dubois (de Genève) c'est un champignon sporulé; mais pour Sabouraud les éruptions, qui renferment ce parasite indiscutable, ne sont pas du véritable pityriasis rosé de Gibert.

2. Dans « la variété des membres », l'éruption commence par les membres et peut y rester localisée.

grands, sont semblables, ils sont arrondis ou ovalaires, assez nettement délimités quoique le bord soit un peu estompé. La zone externe du médaillon est rosée, un peu saillante, rosée ou rouge clair, recouverte de squames peu visibles blanchâtres, petites et très fines, adhérentes et sèches. Le centre paraît affaissé, bien qu'il soit de niveau avec la peau saine, il est rose-brunâtre, formé par un épiderme épaissi, plissé, souvent squameux, ressemblant par la teinte et les plis à une feuille de papier de soie jaune clair, que l'on aurait tordue, puis détirée. Il suffit de tendre la peau et de regarder à jour frisant pour percevoir tous ces détails. Sur certains éléments, cet épiderme desquame au centre en squames lamelleuses, fines, très peu abondantes, pendant que la lésion continue de progresser par les bords, mais les squames ne sont jamais stratifiées.

Le grattage enlève les squames, donne immédiatement des hémorragies punctiformes et révèle de minuscules dépressions correspondant à des vésicules très petites; mais il n'y a rien qui rappelle les squames nacrées en taches de bougie du psoriasis ou les vésicules de l'eczéma.

— 4^o Absence de symptôme subjectif : pourtant les malades nerveux se plaignent souvent de vagues démangeaisons qui datent du jour où ils ont découvert leur éruption.

— 5^o Évolution « cyclique » aboutissant à la guérison, sans laisser de traces, en quatre à douze semaines, et absence presque constante de récidives.

Le pronostic est donc favorable : il faut rassurer le malade, souvent un peu effrayé : la lésion n'est ni dangereuse, ni contagieuse, ni vénérienne, elle guérit spontanément en quelques jours.

Mais le pityriasis rosé est facilement eczématisable et des transitions insensibles relie le pityriasis rosé aux soi-disant eczémas séborrhéiques (v. p. 377 et fig. 39).

Il faut donc éviter d'irriter un pityriasis et mieux vaut ne pas le traiter que de lui appliquer un traitement malencontreux, car cette dermatose guérit spontanément en quelques semaines.

Diagnostic. — Le pityriasis rosé n'est pas difficile à traiter, puisqu'il guérit spontanément, en quelques semaines. Son diagnostic n'aurait donc pas d'intérêt s'il ne simulait nombre d'affections de pronostic et de traitements différents; il faut surtout empêcher qu'on ne traite inopportunément le pityriasis rosé, car il est souvent très irritable et s'eczématise fréquemment. En un mot, son véritable intérêt pratique réside dans les erreurs de diagnostic dont il est l'occasion :

— Erreur avec l'eczéma nummulaire dit séborrhéique, le psoriasis, les trichophyties : si on croit à l'une de ces affections, on les traite par des pommades actives, par des bains; le pityriasis rosé s'eczématise et cette complication est parfois sérieuse, retardant notablement la guérison. Au contraire, si on prend pour un pityriasis rosé un « eczéma séborrhéique », un psoriasis, une trichophytie, on agit insuffisamment sur ces dermatoses tenaces, on les laisse progresser. Un examen attentif évitera ces erreurs :

L'eczéma nummulaire (fig. 3) ou « séborrhéique » a une évolution plus irrégulière, un début où manque la plaque solitaire, une durée plus longue, des poussées successives, des médaillons moins caractéristiques, des lésions associées du cuir chevelu et des plis rétro-auriculaires; toutefois, dans un cas douteux, on commencera par un traitement doux : pâtes à l'oxyde de zinc et au goudron, et l'on graduera la thérapeutique comme dans un eczéma, de façon à n'arriver que progressivement aux pâtes soufrées, salicylées et cadiques (v. p. 187-189, etc.).

Le psoriasis est facile à reconnaître par les signes de grattage (v. p. 213 et fig. 8).

Les trichophyties circinées préfèrent les régions découvertes, sont plus géométriquement circulaires (fig. 124, 126, 127), plus nettement limitées, plus vésiculeuses et souvent tachetées de vésiculettes purulentes (fig. 126); mais le diagnostic est souvent très difficile, même à l'examen microscopique (v. p. 618), car Du Bois, de Genève, a trouvé un champignon dans le pityriasis rosé. Et pourtant ce diagnostic a un intérêt pratique immédiat : la trichophytie réclamant un traitement iodé actif. En cas de doute, le plus simple est de temporiser. Si, au bout de trois semaines, les lésions s'éternisent ou progressent, il y a peu de chance qu'il s'agisse d'un pityriasis rosé, on l'attaquera donc par un traitement actif, prudemment et progressivement gradué (v. p. 628).

— Erreur avec tous les érythèmes alimentaires, médicamenteux, etc. (v. p. 684). L'erreur est de peu d'importance, car si l'on corrige les troubles généraux révélés par l'examen général, on supprime les intoxications.

— Erreur surtout avec les *syphilides secondaires* : roséole (qui n'est pas squameuse), syphilides papulo-squameuses, circinées, etc. (v. *Traitement de la syphilis*, p. 254 et 272, etc.). On risque de méconnaître une syphilis, ou au contraire, on peut condamner à la syphilis un innocent atteint de pityriasis rosé! On recourra donc à la séro-réaction dans tous les cas douteux.

Traitement. — Le traitement doit laisser l'affection évoluer vers la guérison naturelle, sans l'irriter. Il faut éviter avant tout les bains sulfureux et même les bains simples, les pommades trop fortes réductrices ou mercurielles, les savonnages au savon noir, etc. Tout au plus peut-on permettre quelques bains d'amidon ou de son et le savonnage avec un savon au goudron. On se contentera d'appliquer localement une poudre inerte : oxyde de zinc, amidon, ou une crème (v. p. 119) ou une pâte à l'oxyde

de zinc (v. p. 185), ou, si le malade se plaint de prurit (v. p. 340) :

Glycérolé d'amidon.	90 gr.
Acide tartrique.	3 gr.
Acide salicylique.	1 gr.
Acide phénique.	2 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.

Poudrer par-dessus avec de la poudre d'amidon, du talc.

On doit faire l'examen complet du malade et corriger les troubles que cet examen révélerait : état gastrique, constipation, nervosisme et intoxication alimentaire qui le plus souvent sont les causes du prurit.

Un traitement local plus énergique est rarement utile et ne serait à tenter que si la guérison tardait : procédé des deux pots (v. p. 187) et traitements des eczémas (v. p. 189-190).

CHAPITRE II

DERMATOSES NON IRRITABLES

PSORIASIS, PITYRIASIS RUBRA-PILAIRE, ETC.

Importance pratique du diagnostic des dermatoses non irritables.

PSORIASIS, p. 212. Caractères es-sentiels diagnostiques : signes au grattage, p. 213. Formes cliniques, p. 214; évolution et complications, p. 216; relations du psoriasis avec la syphilis et la tuberculose, p. 217. Etiologie et pathogénie, p. 218. Diagnostic : syphilides psoriasiformes, p. 220.

Traitement, p. 221. *Traitement général interne*, p. 221, médicaments internes : soufre, arsenic, etc., p. 222.

Traitement externe, p. 224. — I. Psoriasis à éléments nombreux disséminés, p. 225, II. Psoriasis à éléments nombreux disséminés rebelles, p. 232; III. Psoriasis rebelles localisés et limités (et parapsoriasis), p. 235; IV. Traitement spécial de certaines localisations : cuir chevelu, p. 237.

Nécessité de détruire tous les placards psoriasiques. Nécessité d'un traitement de sûreté et d'une surveillance périodique, p. 240.

PITYRIASIS RUBRA PILAIRE : Formes cliniques, diagnostic et traitement, p. 241.

Le problème clinique est dominé par la notion de non-irritabilité de la peau qui va permettre un traitement actif.

Quelques auteurs classaient autrefois, sous le nom de « dartre sèche » ou « maladies cutanées non irritables », des dermatoses souvent différentes dans leur nature, mais dont le traitement symptomatique est le même. On s'est

beaucoup moqué de cette vieille division clinique ; or, ce groupement, artificiel au point de vue de la pathologie générale, est justifié par la pratique thérapeutique ; en effet, en l'absence d'un traitement pathogénique et étiologique, peu importe au praticien le diagnostic exact : eczéma sec, eczéma séborrhéique, psoriasis, pityriasis. Ce qu'il faut savoir reconnaître, c'est que ces affections cutanées sont peu ou pas irritables et qu'elles peuvent être traitées activement par des moyens locaux dont les médicaments dits « réducteurs » sont les plus employés.

Ces dermatoses non irritables (dartre sèche), dont le psoriasis est le type, doivent être opposées aux dermatoses irritables (dartre humide) dont les eczémas aigus et subaigus sont les exemples les plus connus. Elle prouve que cette vieille division thérapeutique est vraie en pratique et qu'un psoriasis irritable doit être traité comme un eczéma subaigu, et qu'un eczéma sec chronique non irritable doit être traité comme un psoriasis.

Ces dermatoses non irritables comprennent : le psoriasis (v. p. 242), les eczémas secs torpides (v. p. 490), les « eczémas séborrhéiques » et épidermites microbiennes psoriasiformes (v. p. 377), les parapsoriasis dont certains semblent être des tuberculides (v. p. 40), certains lichens hyperkératosiques (v. p. 284 et fig. 26-30), le pityriasis rubra pilaire (v. p. 244 et fig. 13, 14, 15).

*
* * *

PSORIASIS

En l'absence de données étiologiques certaines (v. p. 248), le psoriasis ne peut être défini que cliniquement.

Le psoriasis type est très spécial, facile à reconnaître ; mais, comme dans beaucoup de dermatoses, il existe : — des formes frustes, modifiées par le terrain spécial du malade, terrain séborrhéique par exemple (fig. 8), — des formes mixtes, associées à l'eczéma par exemple, — et des formes de passage, souvent difficiles à diagnostiquer.

CARACTÈRES ESSENTIELS ET DIAGNOSTIQUES. — Mais partout et toujours on retrouvera les caractères essentiels du psoriasis : taches, arrondies (fig. 6) ou circonscrites (fig. 7), de grandeur très variable, — bien limitées et nettement arrêtées, — d'un rouge plus ou moins vif allant du rose au rouge foncé, — recouvertes de squames d'un blanc nacré, adhérentes, tantôt invisibles à l'œil, mais apparaissant par le grattage (fig. 8), tantôt et le plus souvent frappant dès le premier regard, — habituellement localisées ou prédominant dans certains sièges d'élection : face postérieure des coudes, face antérieure des genoux, cuir chevelu, etc., — peu ou pas prurigineuses, sauf chez les névropathes ou les intoxiqués (par l'alcool, le café), — d'évolution chronique et récidivante, — guérissant sans laisser de cicatrice¹.

C'est surtout par un grattage progressif et lent que les éléments psoriasiques apparaissent caractéristiques. 1° Sous les premiers coups de curette, les squames blanchissent devenant nettement nacrées brillantes ; on enlève successivement des squames stratifiées, feuilletées, fines, micacées, brillantes, sèches et dures donnant au grattage l'aspect de la *tache de bougie*. — 2° La dernière squame brillante laisse transparaître le fond rouge sous-jacent ; elle

1. Exceptionnellement (et presque toujours alors à la suite d'un traitement arsenical), le psoriasis laisse en guérissant une macule pigmentée ou s'entoure d'une auréole brunâtre. Inversement certains psoriasis déterminent soit une tache achromique, soit une auréole achromique autour d'eux. Parfois on a vu coexister pigmentation et achromie.

se détache par lambeaux assez larges de 1 à 3 millimètres, comme si l'on déchirait une mince pellicule. — 3° La surface ainsi découverte est rosée ou rouge orangé (fig. 8), luisante, d'aspect gras, non suintante. — 4° Grattées doucement, les papilles donnent de minuscules gouttelettes de sang, d'où l'aspect régulier du pointillé sanglant; ce saignement est assez abondant (signe d'Auspitz). — 5° la lésion dénudée par le grattage n'est ni saillante, ni indurée à la palpation, elle est à peine infiltrée, un peu rénitente, mais sans fermeté; c'est une macule sans épaisseur et non une papule comme la syphilide, sa teinte est rosée ou rouge jaunâtre, orangé clair, parfois rouge foncé.

FORMES CLINIQUES. — Tout en conservant ces caractères communs, les éruptions psoriasiques varient à l'infini et toutes les régions, sauf les muqueuses¹, peuvent être envahies, même les ongles (fig. 10, 11), le gland, les oreilles, etc.

Les éléments jeunes, rosés, semblent dépourvus de squames, et cependant le grattage fait apparaître la squame naissante (*P. incipiens* et éléments à squames fines pityriasiques); les placards âgés sont recouverts de squames très épaisses (fig. 6), ostréacées ou rocheuses (*P. inveterata*), souvent sales, fissurées, irrégulières (ancienne « lèpre vulgaire ») se compliquant de crevasses qui, en s'infectant, deviennent douloureuses, etc.

Les éléments sont arrondis, petits, de 1 à 2 millimètres (*P. punctata*), de 3 à 5 millimètres (*P. guttata*); moyens de 10, 20, 30 millimètres (*P. nummulaire*); grands de 100 millimètres et au delà (*P. orbiculaire*), ces derniers en confluant couvrent de larges surfaces (*P. scutata* : en bouclier).

Les éléments petits restent isolés : *P. miliaire disséminé*,

1. Les lésions psoriasiques des muqueuses sont très contestées; ce que l'on décrit sous le nom de psoriasis buccal est de la leucoplasie syphilitique ou lichénienne.

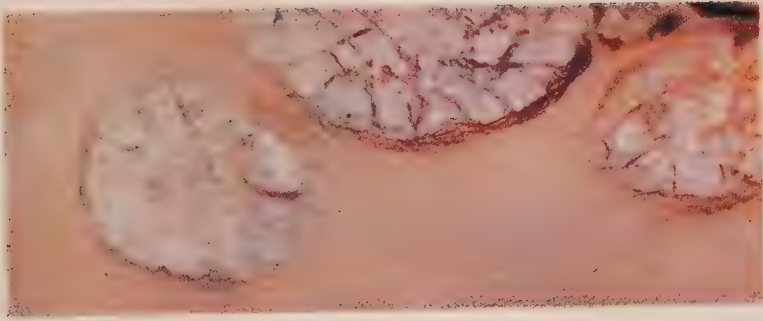


FIG. 6. — Psoriasis nummulaire. (*Voir page 213*).



FIG. 8. — Psoriasis rouge surséborrhéique, squames minimales grasses, peu adhérentes, bordure irrégulière. (*Voir page 213*).



FIG. 7.
Psoriasis circiné.
(*Voir page 213*).

ou tendent à confluer en placards : « *P. lichénoïde* », « *P. des conduits sudoripares* », « *Psoriasis folliculaire* », etc.

Les éléments ont la forme de cercles ou de rubans circinés (*P. circin.*, fig. 7), dessinant des cercles multiples confluent (P. *gyrata*) ou des figures plus compliquées (*P. figurata*).

Les éléments sont chroniques, de teinte rosée ou rouge orangé, ou « aigus » à squames souvent peu épaisses, mais recouvrant un derme rouge et enflammé (*P. aigu* ou *inflammatoire*).

Les éléments sont simples ou compliqués :

— *P. eczématisé*, dont certains sont confondus avec les soi-disant eczémas séborrhéiques.

— *P. rouge limité aux plis de flexion* et *P. sur-séborrhéique* (fig. 8 et 11 au-dessous de l'ongle), rouge vif, peu squameux ou recouvert de squames macérées, sorte de croûtes jaunâtres, graisseuses, suintant parfois; le derme est rouge luisant. Cette lésion semble être un psoriasis greffé sur des affections séborrhéiques et infecté.

— *P. lichénifié* à la suite du grattage provoqué par le *P. prurigineux* ou le plus souvent par un psoriasis eczématisé. Il siège surtout au cuir chevelu, aux plis inguinaux et interfessier.

— *P. papillomateux*, les lésions invétérées envahissant surtout les jambes, se hérissent de saillies papillaires parfois très développées : le membre déformé peut aller jusqu'à devenir *éléphantiasique*.

— *P. urticarien élémateux*, à gros éléments saillants assez souvent irritables : ils supportent mal les traitements locaux actifs, marquent fréquemment le début des poussées aiguës et des psoriasis aigus et surviennent chez des malades névropathes excitables.

Il est en effet certain que le tempérament des malades et surtout leur tempérament cutané imprime souvent des modifications à l'éruption psoriasique : psoriasis à squames

minces furfuracées des « rhumatisants », psoriasis eczémateux des scrofuleux, psoriasis démangeant irritable des neuro-arthritiques, etc.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS. — Le psoriasis apparaît souvent dans la seconde enfance ou dans l'adolescence : par exemple, chez des jeunes filles à l'époque de la puberté. Le début est insidieux, quelques éléments apparaissent aux sièges d'élection, restent isolés ou se multiplient ; non traités, ils s'éternisent ; traités, ils disparaissent plus ou moins complètement. Après des rémissions de durée très inégale, d'autres poussées surviennent, d'ordinaire sans cause connue, parfois à l'occasion d'une grossesse, d'un choc émotif (?), d'une syphilis. L'affection est essentiellement chronique ; non traitée, elle peut durer toute la vie. Il est fréquent que les poussées deviennent de plus en plus graves au fur et à mesure qu'elles se répètent. Il semble que tant qu'un élément persiste, la récurrence est fatale ; au contraire, lorsque tout élément a disparu, la guérison est mieux assurée, d'où la nécessité de traiter énergiquement les plaques résiduelles et de ne pas s'arrêter avant la complète disparition de tous les éléments psoriasiques.

Très rarement cette évolution chronique est entrecoupée de poussées aiguës de psoriasis confluent (dit « scarlatiniforme »). Dès le début d'une poussée nouvelle, ou dans le cours d'un psoriasis chronique, des plaques rouges apparaissent nombreuses, s'étendent et se généralisent, couvrant la presque totalité du tégument : la peau est rouge foncé, scarlatiniforme, tuméfiée, plus ou moins couverte de squames larges et minces qui s'exfolient. L'état général est souvent atteint : fièvre, état gastrique, etc. ; il reste pourtant quelques îlots de peau saine. Cette poussée reste d'ordinaire isolée et régresse lentement ; mais parfois surviennent des poussées subintrantes, favorisées souvent par un traitement irritant et la guérison en est retardée d'au-

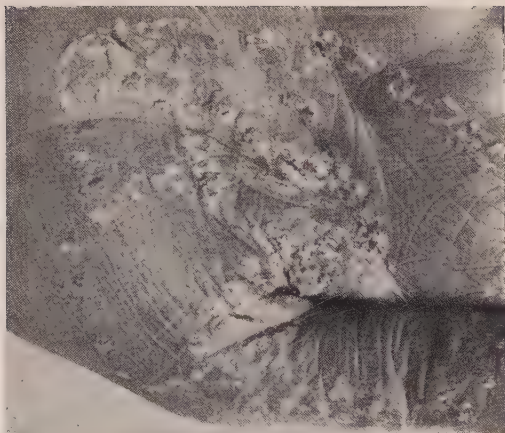


FIG. 9. — Psoriasis palmaire. (*Voir page 221*).



FIG. 10. — Psoriasis des ongles de la main. (*Voir page 214*).



FIG. 11. — Psoriasis du gros orteil. (*Voir page 214*).

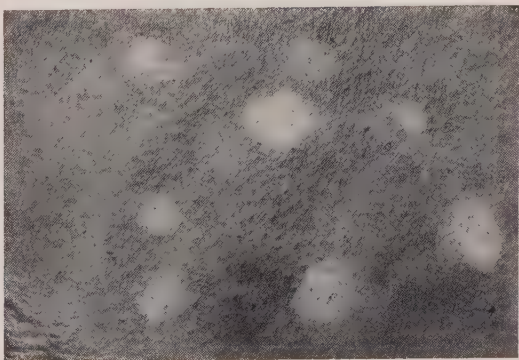


FIG. 12. — Erythème chrysophanique au cours du traitement d'un psoriasis. (*Voir page 232*).

tant; il faut donc être très prudent dans le traitement de ces psoriasis irritables et confluents.

Exceptionnellement, le psoriasis confluent, loin de se calmer, s'aggrave, se transforme en dermatite exfoliatrice ou devient un pityriasis rubra grave, affections dont on connaît la gravité (v. p. 320). Sauf ces cas exceptionnels, on ne meurt pas de psoriasis.

Rares sont les complications locales : fissures douloureuses et infections secondaires, état éléphantiasique des membres inférieurs avec parfois état papillomateux, épithélioma greffé sur une tache de psoriasis invétéré et sans doute favorisé par un traitement arsenical trop prolongé.

La grande complication à craindre est le *rhumatisme chronique déformant* que rien ne distingue des « rhumatismes chroniques » d'autres causes. On peut en voir tous les degrés, depuis l'arthralgie simple (*psoriasis arthralgique* ou P. douloureux) jusqu'aux arthropathies déformant et ankylosant la plupart des jointures, y compris le rachis et condamnant le malade au lit. On doit donc faire grande attention aux symptômes douloureux et articulaires des psoriatiques et combattre dès le début cette tendance arthropathique par les moyens appropriés.

A la fin de sa vie, le psoriatique présente fréquemment de la néphrite scléreuse. Gaucher a noté une fréquence relative et inexpiquée du cancer du rectum.

Relations du psoriasis avec la syphilis et la tuberculose. — Deux points sont encore à souligner au point de vue pronostique : 1° la fréquence de la syphilis ou plutôt de l'hérédo-syphilis; 2° et surtout la fréquence relative (je ne dis pas la constance) de la tuberculose chez les psoriatiques.

La fréquence de l'hérédo-syphilis, démontrée par l'étude des stigmates cliniques et la constatation de réactions de Wassermann plus ou moins ébauchées, s'explique par ce fait que le terrain hérédo-syphilitique, en diminuant la

résistance de l'organisme, prédispose à beaucoup de maladies. Il existe des lésions hybrides et c'est ce qui expliquerait les *bons effets d'un traitement mercuriel ou arsenical chez certains psoriasiques*.

La fréquence de la tuberculose chez les psoriasiques, qui est indéniable et notée cliniquement depuis longtemps (Gaucher, Poncet, etc.), s'explique par ce fait que le psoriasis prédispose à la tuberculose. En effet, Gaucher et Desmoulière ont démontré que les psoriasiques subissaient une déminéralisation anormale et une déchloration notable; ne sont-ce pas là les terrains les plus favorables à la tuberculisation et peut-être le rhumatisme des psoriasiques n'est-il qu'un « rhumatisme tuberculeux » (Landouzy). D'où l'utilité de *reminéraliser et de rechlorationner les psoriasiques* (Gaucher) d'où *la nécessité de surveiller attentivement chez les psoriasiques la menace de tuberculisation*.

En un mot le psoriasis survient assez souvent sur terrain hérédo-syphilitique et fréquemment la tuberculose survient sur terrain psoriasique. Mais en l'état actuel de nos connaissances on ne peut dire ni que le psoriasis est syphilitique, ni qu'il est tuberculeux.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE. — L'étiologie et la pathogénie du psoriasis restant inconnues, il ne nous faut retenir des théories émises que les déductions susceptibles d'applications pratiques.

Pour les uns, le psoriasis est *parasitaire*. Bien que nous penchions vers cette opinion, nous ne pouvons en donner la preuve. Mais s'il est parasitaire, le psoriasis ne semble pas contagieux ou il ne l'est que fort peu. Cette théorie parasitaire expliquerait la récurrence fatale tant qu'il reste des éléments non guéris, d'où l'indication de *poursuivre le traitement jusqu'à disparition complète de tout reliquat éruptif*.

Pour les autres, le psoriasis est une affection *diathésique*, mais le mécanisme d'action de cette diathèse nous échappe.

En tout cas, la réduction du régime alimentaire et les cures de désintoxication n'ont pas, dans le psoriasis, l'influence qu'elles ont dans l'eczéma; sauf dans les poussées aiguës et confluentes, on ne doit guère les tenter. Cette théorie diathésique expliquerait certaines associations : notamment la coexistence de l'asthme, de la goutte, et surtout les alternances morbides, véritables métastases, d'ailleurs tout à fait exceptionnelles, au contraire de ce qui se passe dans l'eczéma; Gaucher cite souvent le cas suivant, le seul qu'il ait vu : un homme âgé, ancien psoriasique, présentait des troubles gastriques graves : vomissements, etc., et de la cachexie; Gaucher découvrant aux coudes des placards psoriasiques presque éteints, se demande s'il ne s'agit pas d'une métastase; il fait réapparaître le psoriasis par applications locales irritantes sinapisées et, lorsque le psoriasis eut refléuri, les troubles gastriques et cachexiques disparurent comme par enchantement. Par conséquent, *si l'on constate chez un ancien psoriasique des troubles généraux et viscéraux inquiétants, il peut y avoir intérêt à rappeler l'éruption psoriasique.*

La fréquence des arthropathies, et plus tard de l'artériosclérose, des polyscléroses viscérales, de la néphrite sont aussi bien en faveur d'une diathèse (rhumatisme goutteux) que d'une infection (« rhumatisme tuberculeux », etc.).

DIAGNOSTIC. — Sauf pour les psoriasis avortés ou macérés, le diagnostic est facile en s'appuyant sur les signes du grattage méthodique.

On ne confondra pas le psoriasis avec : — les *eczémas* caractérisés par les vésicules (v. p. 154 et fig. 4); — les *pityriasis* de la face, de la tête (v. p. 368); — les *pityriasis rosés* de Gibert (v. p. 206 et fig. 64); — les *dermo-épidermites microbiennes* (v. p. 772) et les soi-disant « *eczémas s'borrhéiques* » qui d'ailleurs peuvent former des hybrides avec le psoriasis ou qui ne sont que des psoriasis eczématisés (v.

p. 377); — le *lichen*, surtout le *lichen corné hypertrophique* (v. p. 281), qui est très prurigineux, siège aux poignets, à l'abdomen, etc., (fig. 26, 28, 30); les squames sont plus fines, plus grisâtres, plus adhérentes (le signe de la tache de bougie fait défaut); parfois il envahit la face interne des joues, la langue (v. p. 282); — les *parapsoriasis* (v. p. 40), dont les squames sont moins nacrées, la surface dénudée n'a pas l'aspect luisant du psoriasis, il n'y a pas de pointillé hémorragique régulier, le curettage donne un piqueté purpurique ne disparaissant pas à la pression et, si l'on insiste, toute la plaque se met à saigner; le derme est moins infiltré, les lésions résistent beaucoup plus au traitement, etc. D'ailleurs, sauf pour le pityriasis rosé de Gibert qui demande à être traité « doucement », l'erreur de diagnostic n'aurait aucune importance thérapeutique, le traitement est le même.

Au point de vue **pronostique**, il importe de savoir reconnaître un *lupus érythémateux*, un *pityriasis rubra-pilaire*, affections graves, souvent rebelles à tout effort et qui réclament une thérapeutique spéciale : — les *lupus érythémateux* sont recouverts de squames sales, adhérentes, ponctuées, ne devenant pas micacées par le grattage et presque toujours donnent des cicatrices (v. p. 541 et fig. 79, 81); — le *pityriasis rubra-pilaire* (ancien lichen-psoriasis) a les cônes péripilaires caractéristiques de la face dorsale des doigts (fig. 13), une kératose érythémateuse diffuse des paumes et des plantes, une desquamation diffuse souvent striée (fig. 14) et peu stratifiée du cuir chevelu et d'autres territoires cutanés, les ongles en moelle de jonc, très différents du psoriasis (v. p. 242).

Mais en pratique, le diagnostic le plus important et souvent le plus difficile est celui du **psoriasis** et des **syphilides psoriasiformes**, surtout lorsque le psoriasis est circonscrit, lorsque les placards psoriasiques siègent aux régions palmo-plantaires (fig. 9), dans les plis articulaires ou dans la zone génitale, sur le gland, sur le fourreau, etc. Si les éléments

restent secs, on retrouvera facilement les caractères typiques du psoriasis au grattage; mais si les lésions sont macérées, recouvertes de squames humides ou décapées, le diagnostic avec les syphilides devient presque impossible. Dans tous ces cas difficiles, on cherchera en d'autres points du tégument des lésions moins atypiques et l'on s'efforcera d'en étudier les signes différentiels (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 284 et le tableau p. 543).

TRAITEMENT DU PSORIASIS ET DES DERMATOSES SQUAMEUSES NON IRRITABLES

Le traitement des « dartres sèches » en général et du psoriasis en particulier est avant tout un traitement externe, mais ce n'est pas une raison pour perdre le bénéfice du traitement général interne.

TRAITEMENT GÉNÉRAL INTERNE. — L'étiologie du psoriasis étant inconnue, le traitement général interne du psoriasis est très imprécis. On doit cependant, comme d'ailleurs chez tout malade atteint d'affection cutanée, faire un examen complet et corriger les troubles constatés : les troubles gastro-intestinaux et la constipation, l'excitation nerveuse des psoriasis prurigineux et irritables; les dysfonctions glandulaires (*hypothyroïdie* en particulier) et surtout les *tendances arthritiques et goutteuses*, afin de prévenir ou d'enrayer le rhumatisme chronique déformant dont on sait la gravité.

Le régime alimentaire et les prescriptions hygiéniques n'ont pas une importance démontrée : une bonne hygiène, l'exercice en plein air, une *alimentation saine, peu carnée, surtout végétarienne*, dépourvue d'excitants

(thé, café, épices), ne sont jamais nuisibles. En particulier dans les psoriasis généralisés confluents rouges ou dans les psoriasis rebelles, le régime lacto-végétarien sera des plus utiles, associé à des ferments lactiques.

Médicaments internes. Le glycérophosphate de chaux et le chlorure de sodium, le mercure, et surtout le soufre (Bory) associé à l'arsenic, divers principes végétaux sont des médicaments précieux.

1° Le soufre est le médicament le plus efficace (Bory, Pautrier et Brisson), *mais son action n'est pas constante*. Je crois utile de l'introduire par toutes les voies : onctions cutanées, ingestion, injections intraveineuses, et surtout injections musculaires fessières d'huile soufrée suivant la formule de Bory modifiée par Duret :

Soufre précipité lavé	4
Gaïacol cristallisé	10
Camphre raffiné	20
Eucalyptol	20

Huile de sésame purifiée et stérilisée Q. S. pour 100^{cm}³.

(Le soufre est dissous à une douce chaleur dans l'huile; la solution *encore chaude* est versée dans le mélange fait au préalable de camphre et gaïacol, puis, après refroidissement, on ajoute l'eucalyptol et le complément d'huile pour faire 100^{cm}³; s'il y a précipité, le redissoudre au bain-marie avant l'emploi).

On injecte dans les muscles fessiers suivant la technique des injections¹ d'huile au calomel 1^{cm}³ (dose maxima), tous les trois à cinq jours si la réaction fébrile est légère, tous les sept jours si la réaction est vive. On fait ainsi 10 à 15 injections. Les douleurs locales sont souvent très vives au point d'injection et il n'est pas rare de noter de l'amaigrissement.

1. Voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 88.

On obtient souvent des guérisons rapides dans des psoriasis graves; j'ai vu ainsi guérir deux psoriasis très graves qui se confondaient avec la dermatite exfoliatrice.

J'associe aux injections d'huile soufrée, l'ingestion de soufre : soufre colloïdal, miel soufré, pilules (soufre précipité lavé 0,50, extrait de ratanhia 0,15; 2 à 10 pilules par jour suivant la tolérance intestinale). Si les injections d'huile sont refusées, on obtient parfois de bons résultats avec l'ingestion et les injections intraveineuses de soufre colloïdal. Sauf contre-indication, l'arsenic doit toujours être associé au soufre.

2° L'arsenic (qui est contre-indiqué au début d'une poussée aiguë, dans les psoriasis très étendus et rouges, dans les psoriasis à tendance pigmentaire ou papillomateuse, car l'on peut craindre la cancérisation) doit être ordonné chez tous les psoriasiques chroniques : prendre du 1^{er} au 20 de chaque mois, au milieu des repas, VIII à XXX gouttes de liqueur de Fowler, ou 3 à 10 granules de Dioscoride, ou 1 à 3 cm³ de la liqueur de Pearson, ou 1 à 3 cuillerées à soupe de sirop arsenical ferrugineux d'Yvon (v. p. 531), ou 0^{gr},05 d'arrhénal, ou un demi-verre d'eau de la Bourboule avant chaque repas. Si l'estomac ou l'intestin supporte mal l'arsenic, on injectera sous la peau 0,05 à 0,10 de cacodylate de soude par jour.

3° Les *phosphates* et *chlorures* sont nécessaires pour combattre la déminéralisation et la déchloruration de l'organisme qui peuvent prédisposer à la tuberculose : on recommandera donc de manger salé et de prendre au début de chaque repas 0^{gr},50 de *glycérophosphate de chaux* granulé ou du sirop iodotannique phospho-arsenié (v. p. 531), on pourrait faire encore des injections sous-cutanées de 3 à 10 cm³ de glycérophosphate de chaux au 1/20.

4° Le *mercure* et l'*iodure de potassium* ont été tour à tour vantés et décriés. Peut-être leurs succès sont-ils dus à des erreurs de diagnostic : l'éruption était une syphilide pso-

riasiforme (et non un psoriasis) ou un hybride syphilitico-psoriasique. On a préconisé des injections hebdomadaires de 0,05 à 0,08 de calomel, et l'iodure de potassium aux doses fortes croissantes de 5, 10 grammes et même 50 grammes (!). Dans les psoriasis rebelles, compliqués d'arthropathies, je recommanderais plutôt des *préparations mercurielles solubles*, moins dangereuses et qui ont l'avantage de s'allier à l'arsenic : injections tous les deux jours de 0^{gr},09 à 0^{gr},42 de *salicylarsinate de mercure* ou ingestion de 10 à 100 gouttes de *Liquueur de Donovan-Ferrari* :

Iodure d'arsenic. 0 gr. 20

Eau distillée 125 gr.

(Dissoudre à chaud et ajouter) :

Biiodure de mercure 0 gr. 40

Iodure de potassium 4 gr.

5° Divers médicaments adjuvants peuvent être utilisés dans les cas rebelles : les *balsamiques* : copahu, santal, térébenthine, baume de Gurjum, le salicylate de soude, et la lithine surtout chez les gouteux, associés à l'iodure de sodium, le jaborandi, le sulfure de zinc à la dose de 3 à 6 pilules d'un centigramme par jour, le goudron et ses succédanés, l'acide phénique et l'huile de foie de morue chez les scrofuleux et débilités, l'hydrocotyle asiatica... et surtout la *douce amère* : faire infuser 10 à 40 gr. dans 1 000 gr. d'eau et faire réduire à 500, à prendre en un à deux jours, ou 20 à 100 gr. de sirop de douce amère par jour.

TRAITEMENT EXTERNE. — Le traitement externe doit être adapté à chaque cas.

Tout d'abord il faut s'assurer que le psoriasis n'est pas irritable. Si le psoriasis est aigu, rouge, confluent et tend à s'eczématiser, il faut se montrer très prudent et recourir aux traitements général et local des dermatoses

irritables (v. p. 183). Certains psoriasis rouges confluents ne supportent que les poudres ou l'axonge bismuthée et ne sont soulagés que par les pulvérisations; il faut leur interdire l'arsenic, le soufre au contraire est à essayer. L'utilité des bains a été discutée et niée bien que parfois les bains d'amidon ou gélatinés à 36°-38° tous les deux jours pendant des heures aient semblé bien faire. On attendra que l'irritabilité ait disparu pour tenter un traitement actif; on usera des baumes par le procédé des deux pots (v. p. 187), ou on commencera par les moyens les plus doux : pâte cadique ou de goudron à l'oxyde de zinc ou pâtes au thiol tumenol, etc. (v. p. 185 et 188) et en les essayant sur une petite surface.

Mais ces psoriasis qu'il faut ménager sont l'exception; le plus souvent on peut et on doit attaquer activement l'éruption psoriasique. Toutefois si, au cours de ce traitement actif, on craint ou on surprend une irritation, on reviendra vers des moyens plus doux ou calmants.

Voici les cas les plus fréquemment rencontrés :

I. Psoriasis à éléments nombreux disséminés. — En raison du nombre des éléments et de l'étendue de la surface absorbante, on ne doit pas employer des substances toxiques.

Le premier soin est de décaper les lésions et de les débarrasser des squames souvent épaisses : des *bains alcalins*, alternant avec des *bains de vapeur*, y réussiront sans irriter, les bains de vapeur font parfois merveille; rarement il faudra ajouter des frictions au savon noir.

Puis il faut essayer des réducteurs doux, le meilleur

étant l'huile de cade. Le vieux traitement de l'hôpital Saint-Louis qui laissait les malades jour et nuit maculés d'huile de cade, sales et malodorants et qui souvent provoquait de l'acné cadique^{1, 2}, n'est guère applicable en clientèle. Je lui préfère le traitement suivant qui comprend trois parties : soir, matin, dans la journée.

1° Le **soir** avant de se coucher, le malade s'enduit d'une *pâte cadique soufrée* de plus en plus forte, grasse³ ou

1. Les *glycérolés cadiques*, faible et fort, de Vidal ont pour formules :

Huile de cade vraie.	15 gr. à 50 gr.
Extrait fluide de panama ou savon noir	
q. s. pour émulsionner.	3 gr. à 5 gr.
Glycérole d'amidon à la glycérine neutre.	90 gr. à 45 gr.
Essence de menthe	1 gr. 1 gr.

Facultativement et pour en renforcer l'action, on pourra ajouter 1/100 1/50, 1/20 d'acide salicylique.

2. Les *cérats cadiques* ont l'inconvénient d'être plus difficiles à enlever et à nettoyer, mais ils ont sur les glycérolés l'avantage d'adhérer fortement. On ordonnera : huile de cade vraie, 90, cire 30, ou huile de cade vraie et cérat sans eau, parties égales.

3. *Pâte cadique grasse* :

Camphre	1 à 5 gr.
Acide salicylique	1 à 5 gr.
Soufre précipité lavé	6 à 10 gr.
Huile de cade pure de genévrier.	20 à 35 gr.
Oxyde de zinc.	30
Talc	30
Huile d'amande douce.	20 à 5 gr.

On peut employer aussi les baumes (v. p. 92) additionnés de 10 p. 100 de soufre précipité lavé.

Si l'on emploie des pommades à excipient gras, il faut, avant le bain, dégraisser la peau par un savonnage alcalin, pour que l'eau du bain puisse imprégner la peau.

plutôt soluble¹. Le malade revêtira un caleçon et un maillot collants qu'il ne changera que tous les 20 jours afin qu'ils soient imprégnés d'huile de cade, et il restera toute la nuit sous cette action medicamenteuse.

En outre, s'il n'y a pas de lésions viscérales, on peut, *région par région*, user de préparations très fortes : traumaticines ou pâtes *chrysophaniques* (v. p. 236) en surveillant la tolérance ; par exemple, on enduit le bras droit de préparation chrysophanique et tout le reste du corps de pâte cadique ; au bout de trois à sept jours, on cesse la pâte chrysophanique sur le bras droit que l'on remet à la pâte cadique, et on attaque l'autre bras avec la pâte chrysophanique et ainsi de suite.

2° Au **matin**, s'il n'a pas le temps de se baigner, le malade se savonnera, sauf sur la région traitée à l'acide chrysophanique. S'il peut prendre un bain, il prendra

1. Pâtes cadiques *solubles* à base de diadermine ou de glycérolé :

Acide salicylique et eau q. s. pour dissoudre	1 à 5
Oxyde de zinc	50
Soufre précipité lavé	5 à 15
Glycérolé d'amidon ou diadermine	50
Huile de cade (dose progressive)	20 à 50
Huile de bouleau	3 à 5
Extrait fluide de panama, q. s. pour émulsionner les huiles.	

Ou :

Huile de cade	10 à 30
Gomme arabique	2 gr. 50
Gomme adragante.	1 gr. 50
Eau	10 gr.
Glycerine q. s. environ.	35 gr.
Talc.	30 gr.
Oxyde de zinc	30 gr.
Soufre précipité lavé.	6 à 15
Chrysarobine [facultatif].	1 gr.

un bain alcalin ou mieux un *bain cadique*, à condition, bien entendu, que la peau ne soit pas irritable.

On commencera par le bain cadique simple et par une dose faible, 50 grammes d'huile de cade; on élève progressivement jusqu'à 100 grammes, dose habituelle, et parfois jusqu'à 125 grammes¹.

On verse dans le bain la mixture suivante (cette première formule convient surtout au début, quand il est utile, par le savon, de décaper les lésions) :

Huile de cade.	50 à 100 gr.
Savon noir.	25 à 50 gr.
Eau. . . q. s. pour	500 gr.
[BALZER et MOUSSEAUX]	

Après décapage, on préférera la formule suivante moins irritante :

Huile de cade.	50 à 100 gr.
Huile de bouleau.	3 gr.
Jaune d'œuf n° 1.	1 à 2 gr.
Extrait fluide de quillaya.	10 à 20 gr.
Eau	q. s. pour 500 gr.
[BALZER et SCHIMPF]	

Ces mixtures sont agitées vigoureusement avant le bain, et mélangées en agitant avec un peu d'eau très chaude. Puis on les verse dans le bain petit à petit. Le bain est à 36°-38°, et dure de trente à soixante minutes, en mouillant le cuir chevelu s'il est atteint. Plus le bain est chaud et plus l'émulsion est parfaite, plus le bain est actif.

1. Mibelli emploie les deux formules suivantes :

1 ^{re} formule :	Huile de cade	67 gr.
	Colophane	11 gr. 10

Dissoudre à chaud; laisser refroidir en agitant vers 65° et ajouter toujours en agitant :

Solution de soude caustique titrant 20° Baumé.		24 gr. 90
2 ^e formule :	Anthrasol.	75 gr.
	Colophane	30 gr.
	Soude caustique à 20° Baumé.	12 gr. env.

Ces bains seront donnés par série de deux ou trois, par exemple¹ : bains les lundi, mardi, mercredi; repos jeudi; bains vendredi et samedi; repos dimanche.

Ces bains ne sont pas irritants, si les doses ne sont augmentées que progressivement; leur seul inconvénient est de provoquer parfois de l'acné cadique, que Balzer traite par attouchement au pinceau avec une solution alcoolique de bleu de méthylène à 1 p. 100².

L'odeur légère d'huile de cade qui persiste, surtout dans les cheveux d'une femme, sera masquée par une friction avec des tampons d'ouate imbibés de :

Liqueur Hoffmann.	780 gr.
Extrait de violette.	20 gr.
Huile de ricin.	1 à 10 gr. (suivant la
(inflammable)	sécheresse des cheveux).

1. Pour économiser l'huile de cade, on peut faire resservir le bain d'un jour sur l'autre par différents artifices : le meilleur consiste à le réchauffer par un chauffe-bain spécial placé dans la baignoire; ou encore on vide une partie du bain refroidi, on la remplace par de l'eau très chaude, et on rajoute la quantité équivalente de médicament, etc.

2. Dans ce cas, on peut modifier ces formules, en substituant à l'huile de cade le goudron de Norvège, ou l'huile de bouleau, ou l'huile de hêtre, ou le goudron de houille; pour ce dernier, on se méfiera des impuretés, phénols, etc. Leslie recommande des doses croissantes de *Liquor carbonis detergens* de Wright, ou de *Liquor picis carbonis* d'Anderson; la dose de début est 45 grammes. La dose habituelle est 60 grammes pour un bain; il ne faut dépasser 60 grammes qu'après avoir tâté la susceptibilité du malade, et ne jamais aller au delà de 90 grammes.

Goudron de houille.	40 gr.
Teinture de bois de Panama	80 gr.
Alcool	80 gr.
	[WRIGHT]
Prepared coaltar	200 gr.
Millaia Bark	100 gr.
Alcool à 90°.	q. s.
	[ANDERSON]

Ce procédé a, en outre, l'avantage de faire sécher les cheveux rapidement.

Vingt à trente bains, en moyenne, sont nécessaires pour un psoriasis vulgaire : si la peau s'irrite, on interrompra deux jours sur trois.

3° Dans la journée, le malade, nettoyé par ce bain, pourra ne rien mettre sur ses lésions ; mais, s'il le peut, il sera utile de prolonger l'action médicamenteuse, sous trois formes : pommades, emplâtres, collodions.

Les *pommades* sont peu coûteuses et calmantes, mais elles ont le grand inconvénient de tacher ; on est forcé, le plus souvent, d'envelopper la partie malade d'une compresse et d'une bande de toile :

La pâte réductrice cadique et soufrée (p. 226, note 3) est excellente, mais, même faite avec l'huile de cade désodorisée, elle a encore une odeur dénonciatrice pour un psoriasique forcé de se mêler à la vie commune¹.

Les vaselines contenant 10 p. 100 de soufre (Bory) et facultativement 1 à 5 p. 100 d'acide salicylique et de camphre, les pâtes mercurielles (2 à 10 p. 100, p. 238), étant non odorantes, peu coûteuses, peu colorées et peu salissantes, sont souvent préférées par le malade :

Acide salicylique.	1 à 6 gr.
Soufre précipité lavé	8 gr.
Oxyde de zinc.	} à 20 gr.
Talc.	
Huile d'amande douce.	30 gr.

Les *collodions* sont parfois odorants, et on les a accusés d'être ou peu actifs ou irritants. En voici deux bonnes formules :

Huile de cade pure de genévrier . . .	10 gr.
Collodion à l'acétone anhydre. . . .	20 gr.

[GAUCHER]

1. Si l'huile de cade est mal tolérée, on peut la remplacer, en même proportion, par l'un des corps suivants : goudron, huile de hêtre, huile de bouleau, huile de fragon, etc.

Ou :

(Acide pyrogallique	5 à 10 gr.)
Acide salicylique.	2 à 5 gr.
Collodion élastique riciné	90 gr.

[BROCC]

Les *emplâtres* salicyliques, 1 p. 100 à 1 p. 30, ou les *emplâtres* de Vigo nous semblent le procédé le plus propre.

En résumé : 1° pâte cadique-soufrée soluble la nuit, avec, *région par région*, pâte chrysophanique; 2° bain, cadique si possible, au matin; 3° pommade soufrée, collodions ou mieux *emplâtre* pendant le jour, tel est le traitement complet.

Mais, suivant la gravité et la ténacité de l'éruption, suivant les convenances du malade, on pourra en adoucir la rigueur.

1° Le traitement cadique nocturne comporte encore des inconvénients; il tache et use chemise et draps, il contraint le malade à être « sale », au moins pendant la nuit, ce que supportent non sans impatience des malades mariés.

2° Le bain cadique matinal est assez coûteux, et perd du temps; il est parfois irritant.

3° Les applications pendant le jour sont quelquefois affichantes par leur odeur, ou gênantes.

On pèsera, suivant chaque malade, les avantages et les inconvénients, et on supprimera l'une ou l'autre partie du traitement : le traitement exclusif par les bains, avec ou sans application d'*emplâtres* non odorants, est le traitement « mondain » par excellence, et bien que l'amélioration soit plus lente, il a pu suffire maintes fois à assurer la guérison.

II. Psoriasis à éléments nombreux disséminés rebelles. — Les traitements précédents ont échoué, ou n'ont amené qu'une amélioration incomplète et insuffisante. Il faut renforcer l'action thérapeutique. On le peut par deux procédés : renforcer les bains cadiques en leur ajoutant de la chrysarobine, ou parfois de l'acide pyrogallique, et renforcer le traitement intercalaire en employant notamment, région par région, des pommades fortes ou des traumaticines chrysophaniques.

Ce traitement nouveau comprendra deux parties :
1^o bains ; 2^o traitement intercalaire.

1^o Les **bains renforcés** ne seront jamais employés chez des malades atteints de lésions rénales ou hépatiques, ni chez les enfants.

— *Bains cado-chrysarobiniques :*

Huile de cade	50, 60, 70, 80, 90, 100 gr.
Jaune d'œuf	1 à 2
Extrait fluide de quillaya	10, 15, 20 gr.
Chrysarobine ou acide chrysophanique à doses progressives.	1, 2, 3, 4, 5 gr.
Eau distillée.	q. s. pour 1 litre.
[BALZER]	

Le malade se frottera les lésions doucement, avec la main. Si la peau du visage est délicate, si les cheveux ont une teinte claire, on recommandera au malade de ne pas se mouiller les cheveux¹ et la figure avec ce bain. Le malade fera très attention de n'en pas faire jaillir dans les yeux et sur les muqueuses ; il se protégera les *demi-muqueuses* anales et génitales par une onction de vaseline avant d'entrer dans le bain.

1. En effet, l'acide chrysophanique altère les cheveux et les poils, les colore en jaune sale ou violacé.

Les bains sont d'une heure, quotidiens, et donnés par séries de deux à trois, séparées par un jour de repos.

Au sortir du bain, le malade se sèche sans frotter, en tamponnant.

Il est de nécessité absolue de n'augmenter la dose de chrysarobine que progressivement et lentement, et de surveiller les urines et le tégument chaque jour.

Le seul inconvénient observé par M. Balzer est un érythème diffus s'étendant entre les éléments psoriasiques qui apparaissent en blanc sur le fond rouge diffus (p. 12); cet érythème ne doit faire cesser le traitement, « lorsqu'il ne tend pas à progresser d'une manière exagérée ».

— *Bains cado-pyrogalliques* :

Huile de cade	100 gr.
Jaune d'œuf	n° 2
Extrait fluide de quillaya.	20 gr.
Acide pyrogallique.	1, 2, 3, 4, 5 gr. (et même 6, 7, 8, 9, 10 gr.)
Eau distillée.	q. s. pour 1 litre. [BALZER]

Le bain est d'une heure; on le donnera deux à trois jours de suite, et on arrêtera un jour.

Ces bains peuvent être employés pour le visage, en protégeant les paupières et les lèvres par de la vaseline, et sur les cheveux bruns.

Ils ont le double inconvénient de colorer les cheveux et les ongles en noir, de déterminer une intoxication plus facilement que les autres. Il faut donc être très prudent, ne les employer qu'après échec des autres traitements, en tâtant la susceptibilité du malade, et en surveillant chaque jour les urines : il faudrait arrêter les bains si les urines devenaient vertes ou noires, ou hémoglobinuriques, ou albumineuses. Unna et Leistikow recommandent à titre prophylactique de donner, deux fois par jour, 4 gouttes d'acide chlorhydrique officinal dilué dans un peu d'eau.

— *Bains sans huile de cade.* — Si certains malades présentent une répugnance invincible pour l'huile de cade ou une susceptibilité particulière à faire de l'acné cadique, on peut obtenir de bons résultats avec des bains chrysarobiques ou pyrogalliques sans huile de cade (Balzer).

Chysarobine.	1 à 5 gr.
(Ou acide pyrogallique.)	1 à 8 gr.)
Huile d'olive ou de camomille ou d'amande douce.	100 gr.
Jaune d'œuf.	n° 2
Extrait fluide de quillaya	20 gr.
Eau q. s. pour	1 litre.

Mais ces bains sont beaucoup moins actifs que les bains cadiques : ils constituent un pis-aller.

2° Dans l'**intervalle** des bains, le malade peut ne rien mettre sur la peau. Pourtant le plus souvent la peau est un peu irritée, il est donc utile de faire une application calmante, soit d'une pâte de zinc, soit mieux encore de diadermine, d'un cold-cream ou d'un glycérolé d'amidon mêlés d'oxyde de zinc, qui ont l'avantage d'être solubles dans l'eau du bain.

Glycérolé d'amidon neutre . . .	60 gr.
Oxyde de zinc	40 gr.
Eau de roses.	Q. S.

Mais pour hâter la guérison, le malade aura avantage à user du traitement intercalaire dans l'intervalle des bains, soit le jour, soit plutôt la nuit, si on applique des préparations odorantes ou gênantes. On emploiera surtout les :

— *Emplâtres*, appliqués après nettoyage à l'éther et laissés en place 12 à 48 heures, enlevés et réappliqués après nettoyage à l'éther : emplâtre de Vigo, emplâtre rouge de Vidal (minium, cinabre et diachylon), emplâtre à l'huile de cade additionné de 1/30 à 1/10 d'acide salicylique, emplâtre mixte salicylique 1/20 et pyrogallique à 1/10 (ce dernier est souvent très irritant).

— *Traumaticines chrysophaniques* ou pommade de Drew (voir ci-dessous pages 236).

Là encore, on se guidera suivant les circonstances. Tel malade guérit avec les bains cado-chrysophaniques seuls et les applications intercalaires ne font que l'irriter. Tel autre, après avoir supporté quelques bains, ne peut plus les souffrir, on doit continuer le traitement uniquement par des applications locales, etc.

Lorsqu'on craint une irritabilité des téguments, Mibelli emploie volontiers les émulsions médicamenteuses des bains, diluées dans l'eau, à la dose de 2 p. 100, puis de 3, 4, 5 p. 100, en pansements humides sans taffetas gommé. Il vante leurs propriétés antiprurigineuses et réductrices; il en a obtenu les meilleurs résultats, même dans les dermatoses bulleuses si souvent irritables.

III. Psoriasis rebelles localisés¹ et limités (et parapsoriasis). — Les lésions rebelles ou résiduelles seront traitées *région par région* par les pommades ou traumaticines chrysophaniques, sauf à la face près des conjonctives, au cuir chevelu, au périnée, au gland (v. p. 227).

— *Traumaticine chrysophanique.* Les lésions sont décapées par un savonnage et dégraissées avec un tampon d'ouate imbibé d'éther (inflammable).

On laisse sécher et, avec un pinceau (sans y toucher avec les doigts), on applique aussitôt sur les lésions, *sans les dépasser*, trois couches successives de

Acide chrysophanique	5 gr.
Éther	45 gr.

1. Lorsque les placards psoriasiques sont peu nombreux, on appliquera d'emblée ces procédés énergiques.

On laisse sécher et immédiatement, avec un autre pinceau, on recouvre les lésions d'une couche de traumatine en les débordant de 3 à 7 millimètres :

Gutta-percha.	10 gr.
Chloroforme.	90 gr.

On laisse sécher et on ajoute une deuxième couche.

L'enduit persiste 24 à 48 heures. Dès qu'il commence à s'écailler, on l'enlève avec un tampon d'ouate imbibé de chloroforme et on remet une couche nouvelle des précédentes mixtures; les lésions ne doivent jamais rester sans enduit médicamenteux.

— *Pommade chrysophanique de Drew.* L'excellente formule suivante est encore plus active :

Acide salicylique	10 gr.
Huile ou goudron de bouleau	} à 20 gr.
Chrysarobine	
Oxyde de zinc.	} à 25 gr.
Savon vert	
Vaseline ou huile de vaseline	

(Mélangez au moulin à pommade, conservez dans un pot de porcelaine hermétiquement bouché, n'en préparer que la quantité nécessaire pour 15 à 12 jours; car en vieillissant, cette pommade devient « cassante »; il faudrait alors la ramollir avec l'huile de vaseline.)

On taille des rondelles de coton de la grandeur des placards à traiter et on étale, sur ces rondelles, de la pommade environ « l'épaisseur du dos d'un couteau ». On applique ensuite ces rondelles sur les lésions en massant légèrement pour faire pénétrer et sans déborder les lésions, et on les maintient avec une bande, car cette pommade brûle le linge et les vêtements.

Dans toutes ces opérations, si les doigts sont souillés de produits actifs, on les nettoiera avec soin en évitant de les porter aux yeux. En effet l'acide chrysophanique détermine des conjonctivites pénibles.

Ce traitement peut irriter certains placards mais il faut savoir qu'un léger érythème entourant les placards traités est constant (fig. 12) : les lésions psoriasiques décapées se détachent en clair sur le fond rouge diffus de l'érythème. On n'interrompt pour un, deux, trois jours les applications que si l'irritation est vive, et on calme cette irritation par un cold-cream, du cérat sans eau ou un glycérolé d'amidon contenant 1/30 d'acide salicylique, et 1/25 d'acide tartrique ou une pâte cadique faible (v. p. 189) ; on reprend aussitôt que possible l'acide chrysophanique.

Ce traitement est le meilleur de tous, mais il risque d'intoxiquer et d'irriter ; on ne le recommandera donc qu'à des psoriasiques non tarés, on l'appliquera région par région et on surveillera attentivement la tolérance du malade. En une vingtaine de jours les placards entrent en voie de guérison.

Dans des cas rebelles et dans les parapsoriasis, on a employé encore la pommade salicylée pyrogallique ou le permanganate de potasse (Thorel) (v. Lupus, p. 517).

Si ces traitements échouent, on tentera le radium ou la radiothérapie. La radiothérapie semble avoir en outre une influence préventive contre les récides.

IV. Traitement spécial de certaines localisations : cuir chevelu, demi-muqueuses. — Les médications très actives, et par conséquent irritantes, ne peuvent être appliquées ni sur la face ni sur les demi-muqueuses ; les topiques qui déleignent les cheveux doivent être rejetés.

Sur la face et au pourtour du cuir chevelu, on se contentera d'une pâte cadique, salicylique, soufrée (v. p. 226, note 3), ou de vaseline soufrée (v. p. 230), ou de baumes (v. p. 92) soufrés (v. p. 226 note 3).

Sur le cuir chevelu, il faut tout d'abord enlever les squames par des savonnages et par une application soit

d'huile de cade mêlée de 2 parties d'huile d'amande douce, soit de vaseline salicylique, conservée toute la nuit au moyen d'une sorte de marmotte; on peut même faire usage de la calotte de caoutchouc. Il est ensuite classique de traiter les psoriasis du cuir chevelu (et du gland) par les mercuriaux : pommade au calomel (précipité blanc), à l'oxyde rouge mercurique (précipité rouge) ou à l'oxyde jaune mercurique 1/50 à 1/15, turbith minéral 1/30 à 1/10, bi-iodure de mercure 1/100 à 1/60, proto-iodure de mercure 1/30 à 1/15.

Ricord aimait prescrire :

Cérat soufré	30 gr.
Turbith minéral	1 à 3 gr.
Goudron	1 gr.

Rochard formulait :

Iode	0 gr. 55
Calomel	1 gr. 25
Vaseline	60 gr.

L'huile de cade¹ additionnée d'oxyde jaune est souvent le médicament le plus efficace :

Précipité jaune	1 à 5 gr.
Huile de cade	15 à 30 gr.
Vaseline ou huile d'amande douce	30 gr.
Teinture de quillaya	Q. S.
(Facultativement soufre précipité lavé et camphré. àâ	4 gr.)

1. Si le malade trouve l'huile de cade trop odorante, on lui prescrira :

Soufre précipité, oxyde jaune (ou cinabre), Baume du Pérou. . . àâ	1 à 5 gr.
Huile ou vaseline	100 gr.

On surveillera la tolérance et on sera attentif au moindre signe d'intoxication mercurielle. On alterne ces mercuriaux avec des préparations cadiques et salicylées :

Acide salicylique	1 à 10 gr.
Huile de cade	20 à 80 gr.
Huile d'amande douce	80 à 20 gr.

Les cheveux seront lavés avec une émulsion de bois de Panama ou des savons liquides à l'huile de cade.

En cas d'échec, l'*acide pyrogallique* restera, chez les châains et les bruns, la dernière ressource : ce corps est dangereux à manier et risque de provoquer une intoxication, on ne l'ordonnera donc qu'à des malades sans lésions rénales, et on en surveillera l'emploi avec grand soin ; chaque jour on examinera les urines et si on les voit changer de couleur, brunir et noircir, on arrêtera immédiatement la médication. On décape les lésions par l'un des procédés précédents et on applique *sur le cuir chevelu* :

Acide pyrogallique.	1 à 4 gr.
ou Lénigallol (triacétate de pyrogallol).	5 à 10 gr.
Vaseline.	40 gr.
(Facultativement acide salicylique.)	0,30 à 1 gr.
Huile de cade	10 à 20 gr.

Protéger la tête par un enveloppement de linge usé, car l'acide pyrogallique tacherait et brûlerait l'oreiller et les draps.

ou :

Résorcine et acide salicylique	1 à 5 gr.
Soufre.	5 à 10 gr.
Vaseline.	100 gr.

Nécessité de détruire tous les placards psoriatiques. — Nécessité d'un traitement de sûreté et d'une surveillance périodique.

Le traitement ne doit être arrêté que lorsque *tous* les placards ont *complètement* disparu. Tant qu'il reste de la rougeur ou une desquamation, il faut appliquer des réducteurs forts, traumaticine chrysophanique ou pommade de Drew, en laissant au besoin des intervalles de repos, pendant lesquels une pâte calmante guérira l'irritation produite. En effet, si on néglige un placard, si minime soit-il, la récurrence est fatale, car ce placard insinuant réensemence le tégument.

Après la disparition de tous les éléments, lorsque la guérison semble complète, il faut néanmoins faire un traitement de sûreté de deux à quatre semaines : continuer le traitement général, en particulier le soufre et l'arsenic ; continuer les bains cadiques, si possible tous les trois jours ; appliquer sur le siège de l'ancienne éruption des emplâtres (voir ci-dessus) ou une pâte non irritante :

Acide salicylique	1 à 5 gr.
Soufre précipité lavé	2 à 20 gr.
Goudron ou huile de cade	5 à 20 gr.
Oxyde de zinc	} à 20 gr.
Talc	
Huile d'amande douce	

Au besoin on supprimerait l'huile de cade et le goudron trop odorants et salissants.

Après la guérison définitive, il faut essayer de prévenir la récurrence par un traitement général dont les indications sont tirées de l'examen du malade ; on répétera des

cures *soufrées* (v. p. 223) (Luchon et Uriage) et arsenicales périodiques (saison à la Bourboule); Bory conseille une injection mensuelle de 10 centigrammes de soufre pendant six mois, puis à intervalles plus espacés; on préconisera l'emploi de bains cadiques au lieu de bains simples, et surtout on surveillera attentivement les téguments. Dès qu'il aperçoit une rougeur, le malade appliquera (à moins qu'il ne s'agisse d'une poussée aiguë que l'on est forcé de ne pas irriter) une pâte réductrice (p. 189) ou des emplâtres (v. p. 234), il recommencera les bains cadiques, s'il les avait abandonnés. Si le diagnostic s'affirme, il emploiera une préparation chrysophanique pour détruire immédiatement le placard naissant encore isolé.

Grâce à cette hygiène générale, gastro-intestinale et cutanée, grâce à cette surveillance attentive et au traitement précoce de tous les points suspects, grâce au traitement patient des derniers éléments, on peut espérer que la guérison complète sera de longue durée et, s'il survient une récurrence, qu'elle sera immédiatement jugulée.

*
* *

PITYRIASIS RUBRA PILARIS DE DEVERGIE

(*Synonymie : lichen ruber acuminatus*).

Dermatose rare, qui semble se ranger parmi les tuberculides, le pityriasis rubra-pilaire ne comporte guère qu'un intérêt pronostique. C'est en effet une affection grave, d'ordinaire incurable sauf au début, souvent menacée de complications tuberculeuses, et c'est pour cela qu'il importe de la reconnaître. Au point de vue thérapeutique, nous assistons impuissants aux progrès

de l'affection; pourtant, peut-être obtiendrait-on la guérison si le diagnostic précoce permettait d'attaquer énergiquement des lésions torpides localisées.

Le début est variable: exceptionnellement il est aigu, succédant à une poussée d'érythème aigu qui a pu simuler un érythème scarlatiniforme; presque toujours il est chronique, indolent, lent et insidieux.

Tantôt le P. R. P. commence par les paumes et les plantes: ces régions sont symétriquement envahies d'une rougeur bistre mal délimitée et desquament en squames fines adhérentes. Le P. R. P. peut rester palmo-plantaire pendant des années et même pendant toute la vie, simulant le psoriasis.

Tantôt il commence par le cuir chevelu simulant un pityriasis d'autant mieux qu'il peut se compliquer de séborrhée.

Tantôt il commence sur le tronc par des placards limités ressemblant à de l'eczéma séborrhéique ou par une rougeur diffuse squameuse faisant penser à un « pityriasis rubra-séborrhéique » (v. p. 367, note 1). Cet érythème laisse à la vitro-pression une teinte jaunâtre et est recouvert de squames fines disposées en stries parallèles plus ou moins ondulées (fig. 14).

Toutes ces formes de début sont assez difficiles à reconnaître tant que l'on ne constate pas la lésion typique, la papule ou **cône péripilaire**. Ces cônes péripilaires peuvent être le premier symptôme. On les rencontre dans toutes les régions, mais leur siège d'élection est la face dorsale des phalanges et des mains (fig. 13). La peau est tiquetée de très nombreuses saillies formées par une minuscule papule de 0,3 à 1 millimètre, d'un rouge bistre plus ou moins foncé, centrée d'un cône tronqué épidermique blanc grisâtre, squameux, engainant un poil plus ou moins atrophié, recroquevillé. Ces papules sont *sèches*, dures et *rapeuses* au toucher, sans tendance ni à la vésiculation, ni

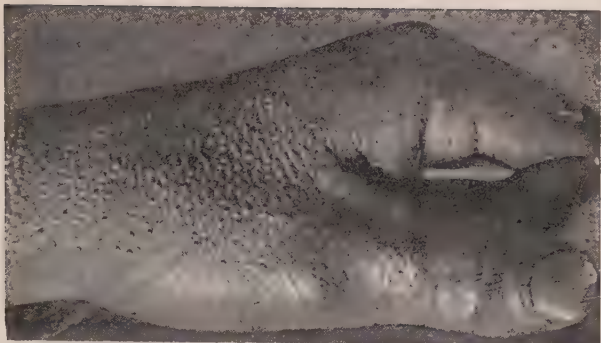


FIG. 13. — Pityriasis rubra pilaire : cônes pileaires (*Voir page 243*).

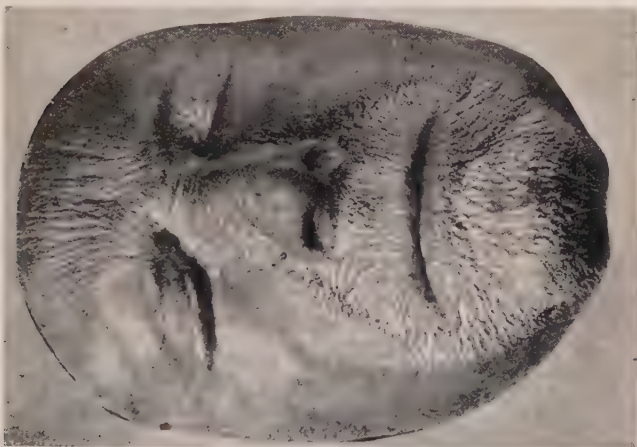


FIG. 14. — Pityriasis rubra pilaire : desquamation en stries parallèles. (*Voir page 243*).

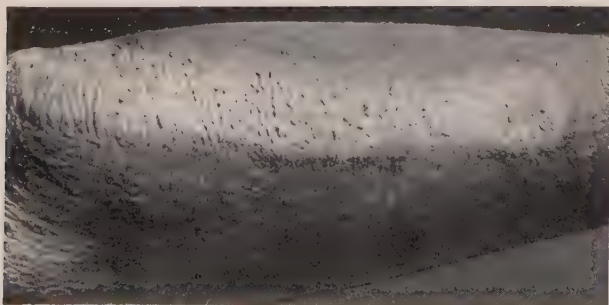


FIG. 15. — Pityriasis rubra pilaire de la face postérieure du coude : desquamation diffuse en nappe. (*Voir page 243*).

à la pustulation. Si l'on cherche à arracher ce cône corné on le voit s'enfoncer dans le follicule pileux. Rares et isolés au début, ils se multiplient peu à peu, l'érythème se confond en une nappe uniforme criblée de cônes plus ou moins déformés, mais reconnaissables encore au petit point noirâtre que forme le poil atrophié.

A la **période d'état**, lorsque les lésions sont avancées, on a donc un aspect complexe : bon état général; prurit exceptionnel (il ne se voit guère que chez des nerveux); larges plaques rouges, diffuses ou bien limitées, du tronc et des membres, desquamantes; tantôt desquamation diffuse (fig. 15)¹; tantôt desquamation en stries, assez caractéristiques (fig. 14), plus ou moins parallèles, suivant les plis cutanés et laissant voir entre elles le fond rouge de la peau; tantôt cônes cornés, isolés ou plus ou moins confluent (fig. 13 et 15). Souvent les squames sèches sont lamelleuses diffuses aux coudes, aux genoux, etc., donnant de soi-disant pityriasis du cuir chevelu, de soi-disant psoriasis palmo-plantaires. La face reste souvent indemne; lorsqu'elle est envahie, la peau peut n'être que squameuse, à peine rouge (type ansérin ou xérodermique); plus souvent elle est rouge bistre, tendue, squameuse, desquamant en squames fines (type rouge pityriasique) formant le plus souvent des stries assez caractéristiques (fig. 14); parfois la desquamation est abondante (type plâtreux) et peut se mêler de croûtes graisseuses, surtout aux sourcils, aux plis nasogénies (type sébacéo-squameux). La peau tendue semble trop étroite, elle finit par tirer les traits et rétracter les paupières, déterminant de l'ectropion; les ongles sont jaunâtres, épaissis, souvent en moelle de jonc.

L'évolution est essentiellement chronique, la dermatose

1. Sur cette figure 13, la lésion forme à la partie postérieure du coude une nappe diffuse à bords assez peu délimités, les squames sont confluentes non caractéristiques; mais sur la partie inférieure et droite on reconnaît les points blancs des cônes.

progressant lentement. Elle reste parfois stationnaire. Exceptionnellement elle régresse ou même disparaît, mais presque toujours pour récidiver. Le pronostic n'est donc pas mauvais *quoad vitam* malgré la fréquence des tuberculoses viscérales terminales; il est très grave au contraire en ce qui concerne l'état local.

Le diagnostic est facile, à condition d'y penser, dès que l'on peut constater les cônes péri-pilaires. On distinguera le P. R. P. : — du lupus érythémateux, qui peut lui ressembler aux mains, mais présente ailleurs des taches caractéristiques (v. p. 541 et fig. 79, 80), — de la kératose pileaire dont la topographie et l'évolution sont tout autres (v. p. 704), — des syphilides lichénoïdes péri-pilaires plus irrégulières, plus infiltrées que squameuses, prédominant aux lombes (v. *Traitement de la syphilis*, p. 282) — des eczémas séborrhéiques péri-pilaires et de l'acné cornée coexistant avec d'autres séborrhéides, — des lichénisations (v. p. 291), — du lichen plan (v. p. 279, fig. 24, 27, 28) qui présente en d'autres points des papules typiques et souvent dans la bouche des lésions caractéristiques.

Le diagnostic est au contraire difficile dans les formes de début localisées palmo-plantaire, céphalique, etc., dans les formes de début aiguës « scarlatiniformes », difficile encore lorsque l'affection est avancée et ressemble à une dermatite exfoliatrice (v. p. 320).

Le traitement, sauf au début, est illusoire; c'est alors le traitement des dermatoses non irritables :

A l'intérieur on tentera les antituberculeux : huile de foie de morue, arsenic (en se méfiant de la tendance hypertrophiante des kératoses) et l'acide phénique : 0 gr. 60 à 1 gr. 20 par jour. Les sudorifiques, pilocarpine, jaborandi, les bains de vapeur, etc., ont une action douteuse et fatiguent le malade.

A l'extérieur, si les lésions ne sont pas enflammées, on appliquera les traitements *gradués* du psoriasis : huile de cade (v. p. 92), etc., mercuriaux, et surtout acide pyrogallique qui semble avoir ici une action particulièrement heureuse (v. p. 233, 239). On pourra alterner les diverses préparations par exemple : matin et soir, lotion de sublimé au 1 0/00; la nuit, pommades au calomel ou à l'oxyde jaune et le jour les emplâtres : emplâtres de Vigo, E. rouge de Vidal, E. salicylique. On se méfiera des intoxications pyrogalliques et mercurielles lorsque les surfaces d'application des médicaments sont étendues.

Dans les cas généralisés, irritables, on se contentera du traitement des ichthyoses (v. p. 702) : glycérolé d'amidon salicylique (1 0/0) ou tartrique (10 0/0) ou pur.

Dans les formes intolérantes, on appliquera le traitement des dermatites exfoliatrices : axonge et poudre, huile de foie de morue, bains continus (v. p. 323).

CHAPITRE III

DERMATOSES BULLEUSES

PEMPHIGUS; HERPÈS; ZONA.

RÈGLES DE CONDUITE GÉNÉRALE, p. 246.

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE DE DERMATOSE BULLEUSE, p. 247.

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE ET TRAITEMENT, p. 248.

- I. — **Les Dermatoses bulleuses de cause connue :** 1° Affections bien classées, compliquées de bulles : Eczémas, etc., p. 248. — 2° Intoxications médicamenteuses, p. 250. — 3° Brûlures, p. 250 : Pemphigus hystériques, p. 251. — 4° Infections septicémiques graves ou bénignes, p. 252 : Pemphigus fébriles graves ; Impetigo herpétiforme ; pemphigus épidémiques, etc. ; Érythèmes polymorphes bulleux, etc. — 5° Dermatoses bulleuses congénitales, p. 254. — 6° Troubles neurotrophiques compliquant une névrite, myélite, etc., surtout la lèpre, p. 255. — 7° Infections chroniques : Lèpre, syphilis, tuberculose, p. 255.
- II. — **Les Dermatoses bulleuses de causes inconnues ou discutées,** p. 256. — 1° Dermatitis polymorphes douloureuses aiguës, subaiguës et chroniques : maladie de Dühring, herpès gestationis, p. 257. — 2° Pemphigus chroniques, p. 262. — 3° Pemphigus végétant, p. 263. — 4° Pemphigus foliacé, p. 266. — 5° Herpès, p. 268. — 6° Zona, p. 274.

Le problème clinique et diagnostique est dominé par la constatation de bulles, c'est-à-dire de soulèvements épidermiques remplis de liquide séreux ou purulent, plus grands que les vésicules de l'eczéma. Ce grand groupement clinique des dermatoses bulleuses comprend des types très disparates, la plupart d'étiologie obscure. On

voit donc que dans une dermatologie idéale qui connaîtrait l'étiologie exacte de toutes les affections cutanées, ce groupe serait à démembrer. Je le conserve à dessein en l'état actuel de nos connaissances pour deux raisons : — 1° Il pose un problème sous son jour pratique et clinique : le malade a des bulles, quelle est cette affection ? — 2° La thérapeutique en reste symptomatique.

Il faut toutefois essayer de démêler ce qui est mieux connu de ce qui reste inconnu, quand le peu que nous savons comporte des indications pronostiques et thérapeutiques.

*
* * *

DIAGNOSTIC SYMPTOMATIQUE DE DERMATOSE BULLEUSE

Il est facile le plus souvent de reconnaître une dermatose bulleuse : le malade signale avoir eu des « cloques d'eau » et, lorsque la lésion existe encore intacte, elle s'impose immédiatement (fig. 16 et 18) ; si l'on avait le moindre doute, il suffirait, avec une aiguille flambée, de percer la bulle et le liquide s'écoulerait. Mais souvent le diagnostic est plus difficile, le malade donne des renseignements confus, les bulles éphémères se sont crevées, flétries (fig. 17 et 19) ; on ne voit que des placards rouges, enflammés, parsemés d'exulcérations suintantes, de croûtes, de squames et souvent de stries de grattage ; on risque de méconnaître le caractère bulleux de l'affection et de n'y voir qu'une dermatose prurigineuse avec eczématisation, voire une syphilis dans les pemphigus circinés : le mal d'ailleurs, sauf pour la syphilis, ne

serait pas grand, le traitement étant le même puisqu'il se base sur l'étude des troubles organiques et locaux révélés par un examen complet. Il faudra donc, devant ces dermatoses rouges suintantes et squameuses, lorsque le diagnostic d'eczéma ne s'impose pas par des vésicules nettes et nombreuses, penser aux pemphigus, rechercher avec soin des vestiges de bulles, des bulles naissantes, et pousser l'interrogatoire dans ce sens.

Le diagnostic de dermatose bulleuse posé, on n'est guère avancé; il faut chercher dans ce groupe confus devant quel type on se trouve.

*
* *

DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE ET TRAITEMENT

I. — Les Dermatoses bulleuses de cause connue.

On envisagera d'abord, pour les éliminer, s'il y a lieu, les cas faciles et fréquents, ou les cas difficiles et rares, dont on peut faire le diagnostic étiologique.

4° AFFECTIONS BIEN CLASSÉES COMPLIQUÉES DE BULLES. — L'eczéma, surtout l'eczéma de cause externe, peut avoir des bulles cutanées de 1, 2 centimètres, mais tout autour on retrouve les vésicules et les lésions caractéristiques de l'eczéma (v. fig. 1 et p. 154-155).

Les bulles de *dyshidrose*, qui siègent entre les doigts ou aux faces palmo-plantaires, peuvent être grossies par la confluence de plusieurs vésicules, mais le siège de l'éruption, son peu d'extension, la présence d'éléments typiques environnants (v. p. 156) éviteront l'erreur.

Le *lichen plan* peut exceptionnellement être bulleux (v. p. 279).

L'*urticaire* peut par exception se compliquer de bulles, mais on retrouve les « cloques » caractéristiques de l'*urticaire* (v. p. 284); si celles-ci ont disparu, et que seules les bulles persistent, il est facile de reconstituer la genèse des faits; la peau environnante est atteinte de *dermographie*, etc.

L'*impetigo*, l'*ecthyma* peuvent simuler des bulles de *pemphigus* infectées, surtout si ces *pyodermites* compliquent un *eczéma* ou une dermatose érythémato-squameuse; car elles prennent l'aspect d'un *pemphigus* négligé, gratté, infecté. Or ce diagnostic est important, les *pyodermites* étant de pronostic bénin et réclamant un traitement spécial antiseptique local. Aussi lorsque le diagnostic ne peut être fait en reconstituant l'histoire de la maladie et en découvrant des lésions typiques, faut-il procéder par élimination thérapeutique: on traitera les bulles purulentes comme des *pyodermites* (v. p. 393) et les lésions érythémato-squameuses comme l'*eczéma*. S'il s'agit de ces affections, la guérison sera facile et le soi-disant *pemphigus* sera éliminé. Ce qu'on a appelé le *pemphigus épidémique* des nouveau-nés et des adultes est un *impetigo* bulleux auto-inoculable.

La *gale* donne à la fois des vésicules perlées à liquide transparent et parfois, sur un épiderme fin d'enfant ou de femme, des grosses bulles purulentes. L'erreur n'est pas rare. Il suffit, guidé par le prurit nocturne et les localisations (v. p. 429), de penser à la *gale* et de rechercher les sillons (fig. 56), etc.

La *variole*, la *varicelle*, la *fièvre aphteuse* commencent par des vésicules et des bulles qui bientôt deviennent des pustules ombiliquées (fig. 59) ou s'ulcèrent (v. p. 456).

L'*érysipèle*, la *rougeole*, etc., peuvent, par exception, être bulleuses; là encore c'est en reconstituant l'histoire de la maladie et en s'appuyant sur les lésions cutanées typiques environnantes, que l'on évitera l'erreur (v. p. 454).

2° INTOXICATIONS MÉDICAMENTEUSES. — Lorsqu'on y pense, le diagnostic est aisé; sinon on peut errer pendant des années. J'ai vu ainsi une jeune femme, atteinte de violents maux de tête, avoir des antipyrïdes bulleuses répétées : on avait intitulé l'ensemble « pemphigus nerveux » en prenant précisément pour preuves les migraines. Dans le cas des antipyrïdes, heureusement, le diagnostic est facile, si on a vu une seule fois une antipyrïde : large bulle de 1 à 3 et 4 centimètres sur disque érythémateux, laissant après cicatrisation une grande macule pigmentée, brunâtre, arrondie (v. p. 687 et fig. 158).

Dans d'autres cas, l'intoxication est méconnue ou niée et l'éruption continue. J'ai pu éclaircir une histoire de ce genre : une jeune fille soignée par son médecin de famille pour des troubles rhino-pharyngés, maux de tête, va voir un spécialiste en cachette, celui-ci ordonne de l'iodure : la jeune malade continue le traitement ioduré pendant des mois et des mois et ne tarde pas à présenter une éruption érythémato-bulleuse, récidivante. Elle cache, bien entendu, à son médecin habituel, qu'elle prend de l'iodure, etc. Ce confrère me l'envoie, elle me raconte ce détail sans y attacher d'importance. J'y crois voir la cause du pemphigus; l'iodure est supprimé, l'éruption disparaît; pour avoir la preuve décisive, le confrère fait reprendre de l'iodure et les bulles reparaissent.

Il faudra donc penser à ces intoxications médicamenteuses dont les malades ne parlent souvent pas, car la prise du médicament est devenue une sorte d'habitude, ou bien les familles la dissimulent quand le médicament est révélateur d'une tare comme le bromure dans l'épilepsie.

3° BRULURES produites par la lumière (hydroa vaccini-forme, v. p. 679, note 1), par la chaleur, par des caustiques chimiques (vésicatoire, etc.). Le diagnostic est presque toujours évident, le malade signalant de lui-même l'origine

des ampoules et celles-ci étant peu nombreuses, localisées d'ordinaire aux mains, etc.; mais ce diagnostic peut devenir singulièrement difficile dans deux circonstances : quand le malade ignore sincèrement s'être brûlé; quand il simule (v. p. 820, chapitre XXVI).

Certains malades ignorent sincèrement s'être brûlés : ce sont des malades atteints de névrites lépreuses par exemple, de somnambulisme, d'anesthésie muqueuse dite hystérique, etc. Avec Pietkiewicz et Detape, j'ai pu débrouiller ainsi l'étiologie d'une affection « singulière », ulcéreuse et bulleuse de la voûte palatine et du voile du palais : la malade se brûlait en mangeant sa soupe (*Soc. Dermat.*, 1^{er} février 1912, p. 65). J'ai soigné une jeune fille nerveuse, mais non hystérique, qui aux mains, aux avant-bras, à la face externe des jambes ou des cuisses, à la tempe, présentait l'hiver, après des « nuits nerveuses » des bulles de forme bizarre, identiques à des brûlures. Plus heureux que mes prédécesseurs, je fis le diagnostic, parce que, pensant à ces faits, je fus frappé par la forme des bulles : l'une d'elles à la tempe était un triangle à sommet inférieur arrondi, correspondant à l'angle du poêle de faïence sur lequel elle s'était appuyée pendant ses veilles somnambuliques. Des enveloppements protecteurs mis à l'annonce d'une « nuit nerveuse », une surveillance étroite arrêterent net cette dermatose grave par les cicatrices et les inquiétudes qu'elle avait provoquées. Il faut donc, après avoir épuisé toutes les hypothèses, penser à ces cas exceptionnels.

Certains malades simulent une dermatose pour se rendre intéressants, pour jouer un mauvais tour à leur entourage, pour éviter le service militaire, etc. Ils se brûlent avec un tisonnier, ou avec des caustiques, de la pâte de vésicatoire, par exemple; les procédés les plus invraisemblables sont vrais avec de tels malades. On fait le diagnostic non pas tant par l'aspect général de ces malades,

quisimulent la plus « grande honnêteté », que par les bizarreries de l'éruption : forme en zigzag, bulles allongées anguleuses, etc. ; une malade que j'ai vue avait des bulles régulières et d'autres avec des effilures ; en effet, lorsqu'elle supportait la douleur, elle appliquait l'extrémité d'une tige de fer bien perpendiculairement à la peau, et la bulle était parfaitement ronde ; mais parfois elle avait un réflexe défensif, provoquant un mouvement involontaire qui faisait déraper la tige de fer, d'où une trainée en effilure partant de la bulle. Ce détail me fit découvrir la supercherie. M. Balzer, dans un autre cas, a fait le diagnostic par l'examen au microscope de l'épiderme des bulles, il y trouva des débris d'ailes de cantharides, etc. Lorsque l'examen n'a pu confirmer les soupçons, on établit une surveillance ouverte ou dissimulée et on recourt au pansement occlusif (v. p. 833), cacheté, soit posé de façon connue et compliquée que le malade ne saurait guère copier : alors, ou le malade a de nouvelles bulles, mais on s'aperçoit que le pansement a été défait, ou le malade ne défait pas son pansement et l'éruption s'éteint.

Le célèbre « pemphigus hystérique » n'existe pas (Babinski), il appartient à l'une ou l'autre de ces catégories : brûlure consciente ou inconsciente.

Le traitement est celui des brûlures : teinture d'iode, puis liniment oléo-calcaire et pansements rigoureusement aseptiques (v. p. 678) ou celui des pyodermites (v. p. 393).

4° INFECTIONS SEPTICÉMIQUES GRAVES OU BÉNIGNES. — L'état fébrile et infectieux s'impose, sauf dans les cas bénins qui se confondent avec les érythèmes polymorphes ; les lésions cutanées ne sont qu'une des manifestations de l'infection générale, ce sont des embolies microbiennes échouées dans la peau, y formant des bulles sereuses, puis séro-purulentes, de même que les streptocoques inoculés par voie épidermique déterminant des bulles d'ecthyma et

d'impetigo (v. p. 392). Les examens bactériologiques, frottis et culture des bulles, hémocultures, auto-inoculations épidermiques ont éclairci ce problème obscurci longtemps par des théories : le streptocoque est l'agent le plus fréquent, mais on a pu observer la plupart des microbes et même le bacille pyocyanique (Oettinger).

Suivant la virulence et la variété du microbe, suivant la résistance du terrain, on a toute une gamme de gravité décroissante, depuis les infections foudroyantes jusqu'aux érythèmes bulleux les plus bénins.

Dans le *pemphigus fébrile grave*, qui tue dans plus des trois quarts des cas en deux ou trois jours, la toxi-infection est à son maximum de gravité : état typhoïde, etc.

Dans l'*impetigo herpétiforme*, l'infection s'impose : fièvre, langue sèche, etc., et le pronostic est presque aussi grave : 18 morts sur 24 cas, d'après les statistiques recueillies par Dubreuilh. Les lésions, qui se rencontrent surtout chez les femmes enceintes, sont des vésico-pustules miliaires, qui, par leur grosseur et leur tendance à l'agmination, ressemblent à l'herpès. Pendant que les pustules centrales s'incrustent, de nouvelles vésico-pustules apparaissent à la périphérie. D'abord localisées dans les plis, autour de l'ombilic, les lésions finissent par envahir tout le tégument, la mort survient en 2 à 2½ semaines, parfois lors d'une récurrence.

Dans le *pemphigus épidémique des nouveau-nés et des adultes*, dans le « Pemphigus castrensis », l'infection est bénigne ; tantôt dues à des inoculations externes, tantôt d'origine interne septicémique, les bulles sont très nombreuses, peuvent envahir les muqueuses, surviennent par poussées. La guérison est la règle ; pourtant, la mort peut survenir par aggravation de la septicémie et complications viscérales.

Les *érythèmes polymorphes bulleux* : *Hydroa herpes-iris*, *en coardec*, etc. (v. p. 469 et fig. 60, 62), avec leurs localisations cutanées et muqueuses, représentent le degré le plus atténué de la série de ces dermatoses bulleuses infec-

tieuses; le diagnostic en est parfois difficile, surtout dans les localisations muqueuses, avec les plaques syphilitiques (v. *Traitement de la syphilis*, p. 555).

Le traitement général est celui des infections (v. p. 474), le traitement local est celui des pyodermites (v. p. 393) : ouvrir les bulles, cautériser avec l'eau d'Alibour ou le nitrate d'argent, panser avec le liniment oléo-calcaire, la pâte d'Alibour ou avec une poudre légèrement antiseptique.

3° DERMATOSES BULLEUSES CONGÉNITALES. — On sait que certains pemphigus existent dès la naissance. Une fois éliminés la syphilis et cet impetigo qu'on appelle pemphigus épidémique des nouveau-nés, on se trouve en face de plusieurs affections qui peut-être ne représentent que des degrés d'une même dystrophie cutanée.

— *Hyperkératose congénitale et épidermolyse bulleuse héréditaire traumatique.* — L'état général n'est pas touché, l'affection est d'origine souvent familiale, et à recrudescence estivale : l'épiderme épaissi (hyperkératose) se clive (épidermolyse) et se soulève en une bulle, sous l'influence d'un trauma, d'un frottement, d'une pression qui parfois passe inaperçue. On peut observer des bulles, même dans la bouche. Le signe de Nikolsky, ou décollement de l'épiderme sous l'influence d'un frottement, est constant.

— *Pemphigus successif à kystes épidermiques. P. congénital à tendance cicatricielle.* — Cette affection est grave, associant à l'épidermolyse bulleuse traumatique, d'autres dystrophies : ichthyose, grains blancs opaques de milium, etc. Les bulles provoquées par des frottements, etc., se reproduisent incessamment dans les mêmes régions; peu à peu la peau s'atrophie, s'amincit, devient cicatricielle, atrophique, tout en restant rouge-violacée et plus ou moins pigmentée. D'où le nom d'*Erythrodermie ichthyosiforme généralisée congénitale avec hyperépidermatrophie*. Les bulles s'atténuent avec l'âge.

Le traitement général est arsenical et réconfortant : chlorures, etc. (v. p. 530); localement, c'est le traitement de tous les pemphigus : poudres absorbantes, liniment oléo-calcaire (v. p. 262).

6° TROUBLES NEUROTROPHIQUES COMPLIQUANT UNE NÉVRITE, UNE MYÉLITE, ETC., LA LÈPRE SURTOUT. — Au cours des névrites, radiculites, myélites chroniques, syringomyélie, pachyméningites cervicales, maux de Pott, méningites aiguës, méningite cérébro-spinale et même hémorragie méningée, etc., on a vu des éruptions bulleuses, tantôt à grosses bulles, tantôt à bulles plus petites, herpétiformes ou « zostériformes » simulant le zona.

Les circonstances dans lesquelles ces lésions cutanées apparaissent, les symptômes nerveux qui les précèdent et les accompagnent, leur topographie d'ordinaire très spéciale « en bandes », correspondant soit aux territoires de distribution des nerfs périphériques, soit aux zones radiculaires ou médullaires, leur chronicité ou leurs récides les feront facilement reconnaître.

Toutefois, il est des cas de diagnostic difficile, voire impossible : ce sont ceux où l'éruption bulleuse est isolée. C'est ainsi qu'une éruption zostériforme a pu annoncer et précéder de longs mois à l'avance une pachyméningite cervicale, un mal de Pott. Il faut donc, dans ces cas à distribution en bandes, rechercher soigneusement les symptômes nerveux et au besoin pratiquer la ponction lombaire et la radiographie du rachis.

7° INFECTIONS CHRONIQUES. — Enfin il faut songer à quelques infections chroniques nécessitant un traitement anti-infectieux spécifique.

La lèpre peut, en dehors même des névrites (v. p. 572), déterminer des bulles que l'on reconnaîtra à leur anesthésie et aux symptômes associés (v. p. 573).

La *syphilis acquise* donne quelquefois des syphilides bulleuses qui naissent sur une papule syphilitique caractéristique (v. *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 282).

Mais c'est surtout l'*hérédosyphilis* qui détermine chez le nouveau-né, à la paume des mains et à la plante des pieds, une éruption caractéristique, dont la sérosité fourmille de treponèmes (v. *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 474).

La *tuberculose*, dans des cas exceptionnels, peut revêtir un aspect pemphigoïde ; il s'agit plutôt de tuberculide pustuleuse (v. p. 566). Le diagnostic en sera posé comme celui de toutes les tuberculides (v. p. 567).

II. — Les pemphigus et dermatoses bulleuses de causes inconnues : leur diagnostic et leur traitement.

Tous ces diagnostics ayant été discutés ou soulevés, il reste des types cliniques plus ou moins individualisés et d'étiologie inconnue. Ce sont le « pemphigus chronique vulgaire » de l'École de Vienne, les « dermatites polymorphes douloureuses » de Brocq, qui englobent la presque totalité du « pemphigus... » et la « dermatite herpétiforme » de Dühring, etc. Le praticien n'a cure de ces discussions qui ne mènent à aucune indication thérapeutique spéciale. Je me contenterai donc de résumer quelques types cliniques, en donnant les indications thérapeutiques¹ :

- 1° Dermatites polymorphes douloureuses ;
- 2° Pemphigus chroniques ;
- 3° Pemphigus végétants ;

1. J'insiste sur ce fait que ces types sont mal délimités, reliés les uns aux autres par des formes de transition, aussi se trouvera-t-on le plus souvent en pratique devant des cas mal définis, parce qu'ils sont des cas intermédiaires.

4° Pemphigus foliacés ;

5° Herpès et 6° zona.

Que l'on ne se reproche pas ce défaut de science bibliographique, car au point de vue pratique, on est obligé de toujours réserver le pronostic et de se guider uniquement sur l'état actuel du malade, pour instituer une thérapeutique symptomatique : si l'on tente une thérapeutique pathogénique, par exemple le lavage du sang, etc., c'est par comparaison avec ce que l'on sait des eczémas et, le plus souvent, ce traitement échoue.

1° DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES, AIGÜES, SUBAIGÜES OU CHRONIQUES (*Maladies de Dühring, herpès gestationis...*, etc. (fig. 16 et 17).

Fréquentes surtout chez les enfants¹, ces dermatites sont caractérisées par :

— une éruption tantôt monomorphe, tantôt et plus souvent *polymorphe* (fig. 16) plus ou moins généralisée et symétrique, avec maxima aux membres, vers les poignets, les coudes, les genoux, et pouvant atteindre toutes les muqueuses, même l'œil. L'éruption, polymorphe le plus souvent, est constituée par un *mélange de placards érythémateux* diffus ou limités, parfois d'*œtème* diffus, de papules, de vésicules et d'*urticaire* et surtout par des *bulles* inégales de 2 à 20 et même 30 millimètres de diamètre, cristallines ou troubles, rarement hémorragiques, infectées ou non, for-

1. La variété gravidique dite *Herpès gestationis* survient tantôt le troisième jour après l'accouchement, s'accompagnant de fièvre et assez brusquement, tantôt pendant la grossesse; elle survient à chaque grossesse et est d'autant plus inévitable que les récidives ont été plus nombreuses; elle guérit quelques jours ou quelques semaines après l'accouchement, présentant souvent une aggravation momentanée peu après l'accouchement. Certaines attaques sont intenses, s'accompagnant de délire.

mant pustules : peut-être existe-t-il des pustules d'emblée. Il s'y ajoute encore des croûtes, des stries de grattage, des squames. Ces lésions sont *groupées* irrégulièrement, éparses ou en amas (variété herpétiforme)¹, parfois circonscrites (formes trichophytoïdes)². Bientôt les bulles se flétrissent, deviennent croûteuses, squameuses, d'aspect non caractéristique (fig. 17).

— des phénomènes *subjectifs constants* : *prurit, cuissons, brûlure, douleurs*, localisés ou généralisés, précédant souvent l'éruption, l'annonçant, l'accompagnant et parfois lui survivant.

— une *conservation presque complète de l'état général* dans les formes aiguës et subaiguës, malgré souvent au début de la fièvre, du malaise, de la céphalée et de la courbature, de l'insomnie et de l'anorexie. Au contraire, dans les formes subaiguës, récidivantes et chroniques, l'état général finit par être altéré, mais secondairement par suite des douleurs cutanées et du prurit : amaigrissement, irritabilité, insomnie.

Au point de vue évolutif et **pronostique**, rien de plus variable que ces dermatites bulleuses.

Les unes évoluent en quinze à trente jours, par petites poussées successives de cinq à dix jours, séparées ou subintrantes, parfois différentes les unes des autres dans leur aspect, et guérissent sans récurrence : c'est la dermatite polymorphe *aiguë*, que des formes de transition relient à l'herpès généralisé ou fièvre herpétique des anciens, et aux érythèmes polymorphes (v. p. 469).

1. Lorsque l'éruption est monomorphe, formée de vésicules ou de vésico-pustules groupées sur une base rouge, prurigineuse, on la décore d'un nom spécial : dermatite herpétiforme.

2. On conçoit qu'on ait pu décrire une infinité de formes : polymorphe proprement dite, herpétiforme, bulleuse, pustuleuse d'emblée, papuleuse, urticarienne, érythémateuse, trichophytoïde, etc.

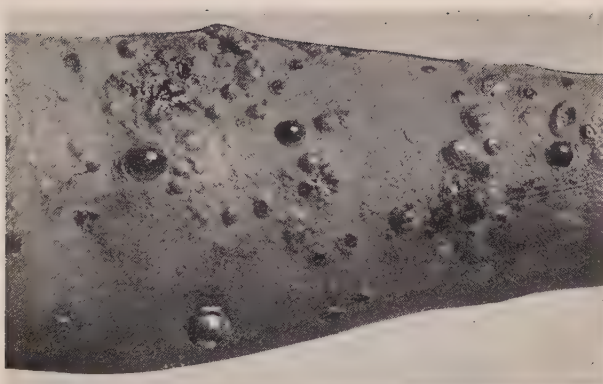


FIG. 16. — Maladie de Dühring ou dermatite polymorphe, Bulles en activité, inégales. (*Voir page 257*).

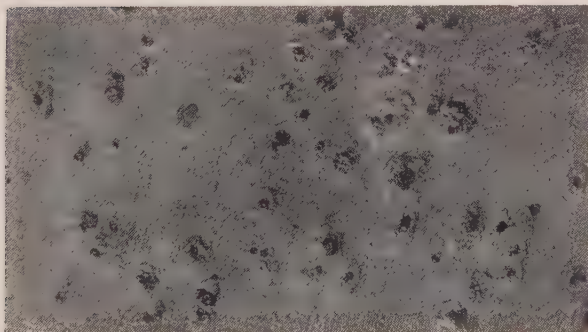


FIG. 17. — Maladie de Dühring. Bulles flétries, croûteuses, desquamantes. (*Voir page 258*).



Les autres ont une durée plus longue de plusieurs semaines, mais finissent par guérir sans cicatrices.

D'autres, toujours aiguës, *récidivent* parfois à date fixe : par exemple tous les ans, à la même époque ; ces récives sont courtes ou longues, espacées ou très rapprochées, jusqu'à se fusionner. Le maximum de fréquence est en avril-juin, et en septembre-octobre.

D'autres sont subaiguës, traînantes, traversées de poussées aiguës, irrégulières, annoncées par du prurit, et survenant sans causes nettes.

D'autres s'éternisent : formes chroniques, etc.

Un malade peut présenter, pour un temps, un seul type, par exemple herpétiforme ; d'autres fois il mélange au même moment, ou dans des poussés successives, toutes les variétés d'éruptions ; son éruption peut être généralisée ou localisée (*forme localisée*), voire localisée à une muqueuse, à la bouche (*forme buccale*, etc.).

Dans les formes généralisées et prolongées, l'état général peut devenir grave. Tout le tégument est envahi, douloureux ; l'insomnie est fréquente, l'amaigrissement de règle ; on a noté de la fièvre, peut-être due à des infections secondaires, de la diarrhée, et même de l'albuminurie ; l'appétit est presque toujours conservé. Le malade peut enfin verser dans le pemphigus foliacé (v. p. 266) et l'herpétide maligne (v. p. 320).

Sans aller à cet extrême, ces pemphigus peuvent se compliquer d'infections sérieuses, d'ulcérations des muqueuses conjonctivales avec leucome consécutif, de kératose palmo-plantaire, de chute des cheveux et des poils, de pigmentation, de végétations dans les plis articulaires, aux pieds, etc. ; l'épiderme reste rouge, squameux ; le derme est épaissi.

En résumé, le pronostic est toujours réservé, en raison des menaces de récive et de chronicité ; souvent il est très grave. Ces dermatites douloureuses polymorphes

comptent parmi les plus graves des dermatoses chroniques. Le pronostic est encore plus grave chez la femme enceinte (herpès gestationis); l'enfant succombe fréquemment, et l'on connaît au moins deux cas de mort de la mère.

TRAITEMENT I. — Lors des poussées aiguës, repos et, en cas de nervosité, bain tiède et petites doses de belladone.

Supprimer les intoxications médicamenteuses et alimentaires; régime lacté ou lacto-végétarien (voir Traitements de l'eczéma aigu, p. 174).

Combattre la fièvre par :

Quinine (bromhydrate de)	0 gr. 25
Extrait mou de quinquina	0 gr. 40
Glycérine et poudre de quinquina	Q. s.
Pour une pilule n° 18, 3 par jour le 1 ^{er} et le 2 ^e jour,	
puis deux par jour les six jours suivants.	

Lorsque la fièvre a disparu, on peut ordonner des médicaments dits « vaso-moteurs ».

Sulfate de quinine	0 gr. 05
Ergot de seigle	0 gr. 05
Pour une pilule, 3 à 5 par jour.	

On peut leur associer :

Sulfate de strychnine	0 gr. 001
ou	
Teinture de belladone	V gouttes
ou	
Teinture de digitale	II à V gouttes

Leszczynski dit avoir obtenu des améliorations et guérisons de « pemphigus » par des « injections intraveineuses de 1 gr. de quinine dans 250 gr. de sérum physiologique ».

Localement : liniment oléo-calcaire aseptique simple ou phéniqué à 1 p. 100, recouvert de compresses aseptiques imbibées de ce liniment et d'ouate. On vide les bulles avec une aiguille flambée, si la tension est douloureuse. On poudre largement le reste des téguments et la chemise avec du talc et amidon aa.

Lorsque le prurit est intense et persiste malgré le liniment et les enveloppements, on tentera les lotions et les pâtes recommandées dans les prurits (v. p. 306).

II. — Dans les formes **récidivantes chroniques**, tout a été essayé avec des succès tellement irréguliers que les guérisons paraissent être d'heureuses coïncidences : belladone, opiacés, atropine, strychnine, teinture de cantharide, amers, soufre, tartrate de potasse, etc.; le lait, le fer, l'arsenic, le soufre, l'iodure de potassium, vantés par les uns sont honnis par les autres.

Le plus prudent est de tenter *tout d'abord* un régime de *désintoxication* et de *repos nerveux*, comme dans l'eczéma (v. p. 174) : régime alimentaire lacté ou lacto-végétarien, laxatifs, eaux diurétiques, calmants du système nerveux (valérianate, belladone, etc.) et de corriger les troubles organiques, utérins, glandulaires (opothérapie thyroïdienne, surrénale, etc.).

Puis on essaiera l'*arséniate de soude* à doses progressives, prudentes et surveillées (cure à La Bourboule); le *soufre* (v. p. 223); le *fer* (iodure de fer, perchlorure de fer, etc.) et l'*huile de foie de morue*; les *glycérophosphates*, l'acide phosphorique.

Enfin on fera le lavage du sang par des injections de 100 à 200 centimètres cubes de sérum artificiel, ou mieux 150 à 200 centimètres cubes de la solution de Ringer :

Chlorure de sodium. . . .	1 gr. 800
Chlorure de calcium. . . .	0 gr. 048
Chlorure de potassium. . .	0 gr. 84
Bicarbonate de soude . . .	0 gr. 060
Eau distillée	200 gr.

avec ou sans petites saignées préalables. En cas d'échec on pourra recourir à l'injection de substances antitoxiques, représentées par le *sérum frais* d'homme sain (v. p. 180), ou même « à l'injection intraveineuse du sang ».

On se méfiera de ne pas débiliter l'organisme par un

régime lacto-végétarien trop sévère, et si l'on voit le régime échouer, ce qui est très fréquent, on permettra de la viande.

Localement, tantôt on épuîsera toutes les préparations antiprurigineuses, lotions froides ou très chaudes, répétées ou continues (en pansements humides), toutes les pommades calmantes, surtout le liniment oléo-calcaire pur ou additionné de camphre, gaïacol, aristol, tannin (1 à 5 p. 100), etc. (v. p. 309).

Tantôt on emploiera les réducteurs : pommades au goudron, sapo'an, ichthyol, etc. On arrivera peu à peu aux pommades fortes, baumes (p. 92), bains, etc. (v. Psoriasis, p. 228, 232, 233); Dühring recommande la pommade soufrée à 20 p. 100, et même 25 p. 100 « déchirant les vésicules. et les bulbes, et continuant pendant longtemps les frictions. Plus la surface est frictionnée fortement, mieux cela vaut. »

Si la cicatrisation est lente, on pourra essayer du nitrage, de la pommade au sous-carbonate de fer (v. p. 395), des empâtres d'oxyde de zinc.

On se souviendra que les bains alcalins, et même les bains d'amidon gélatineux, bains de son, de graines de lin, restent inefficaces, à moins d'être très prolongés; d'ailleurs les bains fragilisent l'épiderme, et parfois il vaut mieux ne rien faire, revenir au traitement local d'expectative de la période de début : liniment oléo-calcaire et poudrage très abondant.

Avec Balzer, j'essaierais les bains au permanganate de potasse (v. p. 87).

Comme dans toutes les affections rebelles, on a tenté, avec des résultats discutables, l'électrisation sous toutes ses formes : haute fréquence, etc.; la radiothérapie, etc.

2° PEMPHIGUS CHRONIQUE « VRAI » (fig. 18).

L'affection d'origine inconnue, désignée par ce terme vague, et qui comprend sans doute des faits différents, est caractérisée cliniquement par :

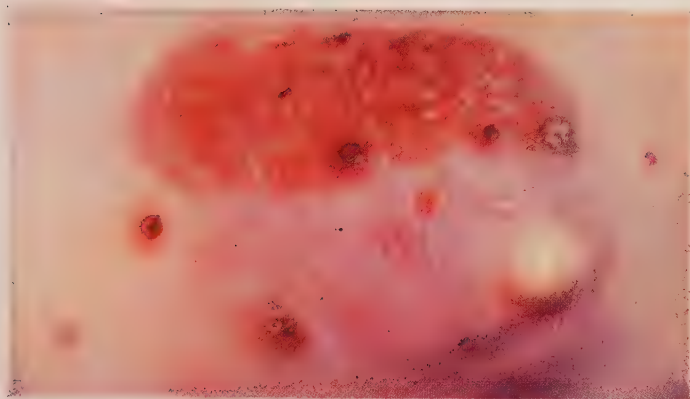


FIG. 18. — Pemphigus chronique : bulles, croûtes et placards rouges post-bulleux devenant végétants. Voir pages 262, 263 et 265.



FIG. 19. — Pemphigus foliacé : squames rondes post-bulleuses. (Voir page 266).

— un *début insidieux* en un point quelconque de la peau ou des muqueuses. (Certaines formes restent longtemps ou toujours localisées à la muqueuse buccale et linguale.)

— l'*absence* ou le faible degré des *prodromes*, de *douleurs*, des *cuissons*, si bien que les premières bulles passent *inaperçues*.

— la formation *rapide* de bulles sur une peau saine en *apparence*.

— des *bulles* transparentes tendues et hémisphériques, rarement flasques, *sans aréole inflammatoire*, au moins dans les premières heures (fig. 48). Les bulles *irrégulières*, de 3 millimètres à 50 millimètres (et parfois plus), rares au début, puis de plus en plus nombreuses, apparaissent par poussées successives sur tout le corps et les muqueuses, avec *peu ou pas de rémissions*; elles laissent, après rupture, une macule rougeâtre excoriée, qui se dessèche en formant ou non une croûte, puis se cicatrise rapidement; il ne reste *pas de cicatrice*, mais une tache brunâtre lente à s'effacer.

— l'*évolution rapide* de la bulle, en huit à douze jours, au début; car plus tard les lésions peuvent s'aggraver, se remplir de sang (P. hémorragique), s'infecter (P. purulent), s'ulcérer (P. ulcéreux), se recouvrir d'une couenne fibrineuse (P. diphtéroïde), et même se gangrener (P. gangreneux), etc.

— le *polymorphisme tardif* résultant du mélange de ces variétés de bulles et des bulles croûteuses lentes à guérir, car le retard de cicatrisation des bulles laisse exulcérées de larges surfaces épidermiques qui ressemblent à de l'eczéma.

— le signe de Nikolsky : l'épiderme frotté se décolle ou forme une bulle.

— l'absence de douleurs et de prurit notable, sauf à la dernière période, ou les douleurs sont dues à des complications : infections, escharres de décubitus.

— et, sauf exception des P. bénins, une *évolution lente*,

progressivement grave de l'état local et de l'état général, et une terminaison fatale.

En effet, le plus souvent, le pemphigus est une dermatose maligne, qui tue en quelques mois, un ou deux ans, par cachexie progressive, sans rémission dans la marche de la maladie; plus rarement, il traîne entrecoupé de rémissions, mais il finit par emporter le malade. Les formes discrètes, bénignes, à poussées successives, qui guérissent sont exceptionnelles : on connaît des pemphigus qui restent localisés à la bouche et j'ai vu un pemphigus réticulé récidivant bénin qui resta localisé aux deux jambes depuis plus de vingt ans. Le diagnostic de pemphigus chronique indique donc, presque toujours, un très sombre pronostic.

TRAITEMENT. — 1° Régime alimentaire de l'eczéma chronique : peu de viande, etc. (v. p. 174);

2° Repos physique et moral, vie au grand air, si possible;

3° Soutenir les forces du malade : extrait mou et sirop de *quinquina*, *glycérophosphates*, soufre, fer, sirop de sulfate de *strychnine*, une cuillerée à café au début, puis deux, puis trois par jour (Lailier);

4° Tenter des modificateurs cutanés : *arsénicaux*, cacydylate en injections, arséniate de soude ou arrhénal en ingestion, en surveillant la tolérance digestive; sulfate de quinine (T. Fox), limonade sulfonitrique (Rayer) :

Acide sulfurique.	2 gr. 80	—	Acide azotique.	0 gr. 80
Alcool à 80°.	18 gr.			

Après quarante-huit heures, ajouter :

Sirop de limons.	50 gr.	—	Eau.	200 gr.
------------------	--------	---	------	---------

à prendre en deux à trois jours, diluée dans de l'eau jusqu'à acidité agréable. Gaucher recommande les injections intra-veineuses d'électrargol;

5° Localement appliquer du liniment oléocalcaire pur ou phéniqué à 1 p. 100, de la pâte à l'oxyde de zinc ou d'Ali-

bour (v. p. 393), axonge mêlée de sous-nitrate de bismuth et poudres inertes (v. p. 184), on peut ajouter au talc de la poudre d'orthoforme de quinquina, du tannoforme (30 p. 100), de faibles quantités de tan (10 à 30 p. 100). Si ce traitement est mal supporté, appliquer du liniment oléo-calcaire en pansement, ou de l'axonge pure.

6° Essayer les bains, qui nettoient et soulagent les malades (v. p. 87) : bains au goudron, avec ou sans onction d'huile de cade au sortir du bain (Hébra), bains simples continus (Hébra) ; bains au permanganate de potasse (Balzer) (v. p. 87).

7° Tenter enfin l'opothérapie cutanée ;

8° Pour les lésions des muqueuses (qui parfois existent seules), on recommandera des lavages avec des solutions aqueuses de borate de soude, de bicarbonate de soude, d'hypochlorite, de chlorate de potasse, des attouchements à l'eau oxygénée, au bleu de méthylène à 0,40 p. 100, au permanganate de potasse. Si le pemphigus atteint l'œil, on recourra aussitôt à l'ophtalmologiste, les lésions étant très graves.

3° PEMPHIGUS VÉGÉTANT (de Neumann).

Cette dermatose n'est peut-être qu'une variété du pemphigus précédent (fig. 18).

L'élément initial est une bulle analogue à celle du pemphigus « vrai », souvent flasque et séro-purulente d'emblée, qui s'incrute et qui guérit ou s'exulcère rapidement en cinq ou six jours ; il donne alors en quelques jours des végétations hautes de 3 à 10 millimètres, sécrétant un pus fétide, qui souvent se concrète en une croûte brunâtre (fig. 18, placard rouge en haut de la figure).

Les éléments végétants restent isolés, ou forment, par progression serpigineuse et confluence, des placards irréguliers plus ou moins étendus, papillomateux, souvent bordés de bulles ou de pustules.

Les éléments commencent souvent par les muqueuses buccales et génitales; ils s'étendent peu à peu, envahissant surtout les aines et les organes génitaux, les grands plis cutanés, où souvent ils s'ulcèrent, s'infectent, suppurent et deviennent douloureux; ils affectionnent encore le pourtour de la bouche et la muqueuse bucco-pharyngée, qui est tapissée d'ulcérations diphtéroïdes douloureuses; parfois ils siègent aux paumes et plantes, autour des ongles; toutes les régions peuvent être envahies.

Les placards végétants peuvent guérir, en laissant une macule brunâtre, souvent rugueuse; mais d'autres repullulent, et la mort survient par cachexie en deux à six mois. Il existe pourtant des formes à rémission et une forme bénigne curable, procédant, d'ordinaire, par poussées successives, à la manière de la maladie de Dühring, dont elle n'est peut-être qu'une forme compliquée ressemblant à la toxicodermie végétante iodique.

Au traitement habituel du pemphigus (v. ci-dessus, p. 264), il faut ajouter l'emploi du 606, 914, 1116. Le traitement local doit être énergique : radiothérapie..., etc. Dubreuilh recommande de saupoudrer avec de la poudre de sabine, additionnée de 10 p. 100 d'acide salicylique ou d'alun calciné ou de résorcine, ou l'une des formules employées autrefois contre les végétations (v. p. 710).

Si ces applications échouent, on thermocautérise ou, si possible, on procèdera par aérothermocautérisations et curetages successifs, comme dans le traitement des lupus (v. p. 524); on surveillera la guérison et on réprimera les récidives avec une solution de trichlorure d'iode à 0,10 p. 100, et en poudrant avec de la poudre d'Alibour (v. p. 393).

4° PEMPHIGUS FOLIACÉS (fig. 19).

Ces pemphigus d'étiologie inconnue ont un début variable. Souvent ils sont secondaires à des eczémas, etc.; ils

débutent par des bulles bien formées, tendues, hémisphériques et transparentes analogues à celles du pemphigus chronique grave progressif, ou commencent par des éruptions polymorphes, par une dermatite polymorphe douloureuse, par une maladie de Dühring.

Parfois ils sont primitifs : tantôt ils débutent par des bulles *d'emblée flaccides, mal tendues*, mais isolées, nettement reconnaissables, au moins pendant un certain temps, aux squames rondes « en pains à cacheter » (fig. 19); tantôt ils commencent par des bulles flétries, nombreuses, confluentes, *indistinctes*, pouvant repululer dans les points non encore cicatrisés et souvent difficiles à reconnaître; l'épiderme, excorié ou squameux, opaque, est décollé par quelques gouttes de sérosité claire ou louche; le *signe de Nikolsky* est facile à constater : décollement de l'épiderme paraissant sain par un simple frottement.

Peu à peu la dermatose *se généralise* à presque tout le tégument, les muqueuses étant rarement atteintes. Le malade est dans un état lamentable, exhalant une odeur fétide d'épiderme macéré; il se plaint de cuissons légères, *rarement de prurit intense*; il accuse une impression de gêne et de sécheresse cutanées, une sensation de froid. Sur de grandes surfaces (fig. 19), on aperçoit un mélange de peau rouge, de squames, de bulles flétries, de suintement, d'exsudat poisseux, ou certainement ce sont les bulles qui frappent le moins; il faut savoir qu'elles existent pour les chercher et découvrir leurs ébauches ou leurs vestiges. La peau, dont les plis sont exagérés, est rouge, épaissie, desquamant en squames irrégulières, petites ou grandes, opaques, flottantes, adhérentes à leur centre ou sur l'un des bords, jaunâtres et un peu humides (rarement sèches, na-crées et lamelleuses). Ici et là l'épiderme est soulevé par la sérosité et glisse facilement sous le doigt, indiquant l'éclosion de bulles nouvelles, flaccides, qui se reproduisent incessamment. Les cheveux, poils, ongles sont plus ou

moins altérés. Les troubles généraux sont de règle : souvent fièvre à 38-39° et constamment de l'amaigrissement, mais l'appétit reste bon.

Lentement l'affection se généralise et, s'aggravant, verse dans un syndrome analogue aux dermatites exfoliatrices généralisées (v. p. 320); les complications ne sont pas rares : rétraction du derme donnant au visage de l'ectropion, etc.; état papillomateux du derme; ulcérations pénibles; infections secondaires, etc. Le malade meurt après plusieurs années de souffrances.

Traitement. — Sans se leurrer d'un grand espoir, mais pour soulager le malade, on instituera le même traitement que dans le pemphigus chronique; localement ce qui soulage le mieux ce sont les pansements avec le liniment oléocalcaire. Brocq a retiré « quelques bons effets de l'emploi de pommades faibles à base d'hamamelis, d'ichthyol, de goudron » :

Teinture d'hamamelis virginica. 3 gr.

Axonge 30 gr.

(Ou beurre de cacao, 10 gr. et huile d'amande douce, 30 gr.)

5° HERPÈS (fig. 20 et 21).

Si tout le monde sait ce qu'est cliniquement l'herpès, si l'herpès semble bien être, dans beaucoup de cas, une *pneumococcie cutanée*, ainsi que l'a montré WEILL de Lyon, nous ignorons la nature du terrain herpétique, qui donne à la pneumococcie la forme si spéciale de l'herpès. Aussi la délimitation de l'herpès et des zonas, de l'herpès et des dermatites herpétiformes (ou de Dühring) est-elle difficile dans beaucoup de cas, faute de critérium étiologique. Aussi le traitement reste-t-il symptomatique et souvent peu efficace, guérissant la poussée actuelle, mais impuissant à prévenir les récides.

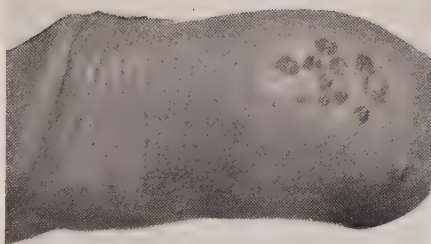


Fig. 20. — Herpès de la verge au premier stade : vésicules transparentes fermées. (*Voir page 269*).

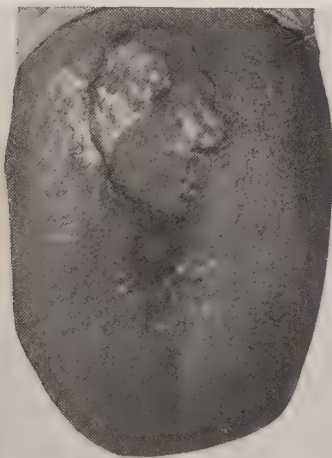


FIG. 21. — Herpès de la langue au deuxième stade : vésicules rompues. (*Voir page 270*).

Le diagnostic de l'herpès est facile, et même trop facile, car les malades appellent volontiers herpès toutes les éruptions buccales et génitales, et inversement de l'herpès authentique a pu être confondu avec des ulcérations traumatiques infectées, des chancres mous, des balano-posthites, etc. Au fond, le seul diagnostic important est à faire avec la syphilis : plaques muqueuses et chancres syphilitiques (voir *Traitement de la syphilis*, p. 233 et 259).

Les caractéristiques de l'herpès sont les suivantes :

— Prodromes fréquents de tension, sensation de brûlure, prurit.

— Localisation en n'importe quel point du corps : jusqu'à la face antérieure du poignet, au sourcil, à la nuque, à l'urèthre, etc., mais d'ordinaire localisations électives au pourtour des lèvres et des narines, dans la bouche, à la face, aux organes génitaux, anus, fesses, etc.

— Début par une tache rosée ou franchement rouge, souvent œdémateuse, qui se couvre de vésicules ; exceptionnellement vésicule unique ; presque toujours vésicules groupées en amas, de 2 à 20 et plus, restant isolées ou confluant en amas unique ou amas discrets ; quelquefois herpès confluent d'une région (vulve).

— Au premier stade, vésicules hémisphériques de 2 et 3 millimètres, transparentes, tendues, entourées d'un liséré érythémateux étroit, rose vif ou rouge (fig. 20) ; lorsque les vésicules sont excoriées et que l'on presse leur base il suinte quelques gouttes de sérosité citrine : « l'herpès pleure », disait Leloir. La base est molle ou rénitente, œdémateuse, mais non indurée, sauf cautérisations. Ce premier stade peut durer plusieurs jours sur la peau ; sur les muqueuses il ne dure que quelques heures.

— Sur la peau les vésicules se troublent, devenant parfois purulentes ; plus souvent elles se flétrissent ou s'incrustent

donnant des croûtes de la même taille et de la même forme que les vésicules : croûtes petites, rondes, jaunes ou brunnâtres, assez adhérentes. Enfin la croûte tombe, laissant une macule rouge, parfois un peu brune, qui disparaît rapidement sans laisser de cicatrice.

— Sur les muqueuses (langue fig. 24) et sur les demi-muqueuses (prépuce, vulve), les vésicules éphémères forment, après leur rupture, une pellicule blanche ou jaunâtre, mélange d'épithélium et de fibrine qui à l'amygdale peut simuler une angine diphthéritique et à la vulve donne une « vulvite couenneuse ». Le bord est *micro-polycyclique* (car il reproduit le tracé circiné des vésicules confluentes) et il est marqué par un liséré rouge étroit. Arrachée, cette pellicule laisse voir une exulcération rosée très superficielle suintante, elle se reproduit sur place plus ou moins rapidement. Si elle s'étend, elle le fait par confluence de nouvelles vésicules.

— Pas de cicatrice sauf l'exception des herpès ulcéreux : ces ulcérations étant dues sans doute à des infections surajoutées.

— Durée courte, une à deux semaines : l'infection, l'irritation médicamenteuse peuvent la prolonger.

— Sensation douloureuse fréquente : parfois de vives douleurs empêchent la marche dans l'herpès de la vulve.

— Pas de ganglion, sauf infection secondaire d'ailleurs fréquente à la bouche, à la vulve, plus rare à la verge ; quand elle existe, cette adénopathie est douloureuse.

— Dans certains herpès, réaction générale marquée mais inconstante : fièvre vive jusqu'à 40° et frissons, rougeur de la face, céphalée, état gastrique, etc. (fièvre herpétique).

— Récidive de règle sans cause connue ou à l'occasion de coup de froid, des émotions, des périodes menstruelles (Herpès catamenial), fatigues, excitations sexuelles, petites infections, etc. L'herpès est souvent entretenu par une irri-

tation locale : leucorrhée, etc. L'herpès est particulièrement fréquent et tenace sur certains terrains (diathèse herpétique); l'herpès général est si fréquent chez les syphilitiques que certains en ont fait une affection parasymphilitique; il faut donc se méfier du terrain syphilitique et le traiter.

Le chancre mou est d'emblée purulent, les bords sont irréguliers et décollés, le fond est verrouillé et suinte du pus. Ce pus contient du bacille de Ducrey et est auto-inoculable.

Le chancre syphilitique est induré, à bords non polycycliques, à fond « non pleurant »; l'adénopathie *froide* et *indolore* satellite est constante; la sérosité, rare, contient des tréponèmes facilement visibles à l'ultra-microscope. Mais en pratique, que de difficultés! Il est souvent impossible de différencier : — un chancre infecté et un placard d'herpès infecté, induré par des cautérisations au nitrate ou par des pansements avec une pommade au calomel, etc., — un chancre ulcéreux et l'herpès ulcéreux, — un chancre éphémère et l'herpès vrai, etc. Enfin il ne faut pas oublier que l'herpès peut avoir servi de porte d'entrée à la syphilis qui se révélera vingt à trente jours plus tard : d'où la nécessité d'une surveillance périodique (voir *Traitement de la syphilis*, p. 238).

Traitement. — 1° Combattre, s'ils existent, les phénomènes généraux : la fièvre et la courbature par la quinine, associée ou non à l'extrait mou de quinquina, les douleurs par l'antipyrine ou l'aspirine, l'état gastrique par le régime lacté et une purgation, par exemple calomel et lactose.

2° Éviter toutes les irritations locales : frottements dus à la marche, excès sexuels.

3° Si l'herpès est très enflammé, œdématisé, douloureux,

exiger le repos au lit en cas d'herpès génital, appliquer des pansements humides à l'eau bouillie, ouataplâsme, cataplasmes de fécule de pomme de terre froids et prendre deux fois par jour un bain local avec de l'eau d'amidon : ambrine. S'il y a infection secondaire et fétidité, par exemple à la vulve, on emploiera les grands lavages et les pansements avec l'eau oxygénée ou l'oxycyanure à 1/2000 ou les poudrages avec le peroxyde de zinc, le sous-nitrate de bismuth, le dermatol, etc.

4° Si la poussée herpétique était, dès le début, modérée tout en étant étendue, on ferait plusieurs fois par jour des lotions ou bains locaux avec de l'eau très chaude pure ou additionnée d'eau blanche (50 p. 100), ou de sulfate de zinc (1 p. 100 à 0,50 p. 100) ou de liqueur de Labarraque (5 p. 100).

Par exemple le gargarisme de Guersant :

Liqueur de Labarraque	30 gr.
Décocté de quinquina.	90 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères . .	30 gr.

une cuillerée à bouche dans un verre d'eau chaude.

On usera de lotions avec l'eau de feuilles de noyers, la solution de tannin à 1 p. 100, les décoctions de roses, de ratanhia, de matico, etc., et surtout avec le vin aromatique pur ou tannisé de Ricord :

Vin aromatique.	100 gr.
Tannin.	1 à 5 gr.
Dilué dans 3/4 d'eau.	

— Puis on appliquera une pâte à l'oxyde de zinc et on poudrera par-dessus, en séparant les surfaces cutanées par des vieux linges très doux.

Si l'herpès est *prurigineux*, on utilisera une pommade gaïacolée mentholée à 1 p. 100 (v. p. 309).

Si l'herpès est *douloureux*, notamment à la vulve et au vagin, on introduira localement un ovule opiacé ou belladonné :

Beurre de cacao.	6 gr.
Extrait d'opium.	0 gr. 05

5° Si l'herpès est limité, bain chaud local deux fois par jour, puis appliquer soit une poudre minérale :

Tannin.	0 gr. 20
Oxyde de zinc.	2 gr.
Talc	8 gr.

soit une pommade à l'oxyde de zinc pure ou faiblement antiseptique :

Calomel	0 gr. 30
Tannin.	0 gr. 60
Oxyde de zinc	3 gr.
Vaseline blonde.	30 à 10 gr.

Poudrer par-dessus et bien séparer les surfaces cutanées ou muqueuses.

6° Si l'herpès semble tarder à se cicatriser, cautériser avec la solution de nitrate d'argent à 1/30 à 1/10.

7° Si l'herpès est infecté, le traiter comme une pyodermite *irritable*, par le nitrage et par l'application de la pommade au calomel, de la pâte et poudre d'Alibour.

Pour tenter d'éviter les *récidives* :

1° Combattre les causes occasionnelles : troubles menstruels..., etc. : la leucorrhée sera corrigée par l'application de tampons imbibés de glycérine ichthyolée à 10 p. 100 ; on traitera un phimosis par la circoncision, etc.

2° Éviter les prétextes d'éruption herpétique : émo-

tions, écarts de régime, excès sexuels, etc. Après chaque coït, lavage et poudrage.

3° Modifier le terrain (voir le traitement de l'eczéma, p. 174), user des eaux d'Uriage, de Saint-Gervais, Luchon, La Bourboule, etc. Essayer de la radiothérapie.

4° Tenir les régions prédisposées dans un état minutieux de propreté, lavage à l'eau simple ou au tannin, ou à l'alcool camphré dilué d'eau et poudrer. Éviter les antiseptiques irritants (acide borique, etc.). Pourtant on a pu obtenir de bons résultats en tannant la peau et en la rendant résistante par des solutions de sulfate de cuivre, sulfate de zinc, nitrate d'argent, tannin, sublimé, etc., à titre progressivement croissant.

5° Enfin, quand on sent venir la crise, essayer de la faire avorter par le procédé de Leloir : applications locales d'ouate hydrophile ou de compresses imbibées de solution alcoolique de résorcine à 2 p. 100, ou de thymol à 1 p. 100, ou d'acide phénique à 1 p. 100, ou de tannin à 2 p. 100, ou de menthol à 3 p. 100; recouvrir d'un imperméable et renouveler ces pansements une douzaine de fois dans la journée.

6° ZONA OU FIÈVRE ZOSTER (fig. 22 et 23).

Le zona, maladie infectieuse spécifique due à un microbe spécifique encore inconnu, conférant l'immunité¹ (et par conséquent ne récidivant que rarement) doit être distingué des éruptions zostériennes symptomatiques de névrites, de compressions nerveuses, etc., sujettes à récidiver (Landouzy). Le zona est trop connu pour que j'y insiste :

1. Gougerot et Salin : Zona à localisations multiples... Immunité zonateuse. *Gaz. des Hôp.*, 17 nov. 1910, n° 131.

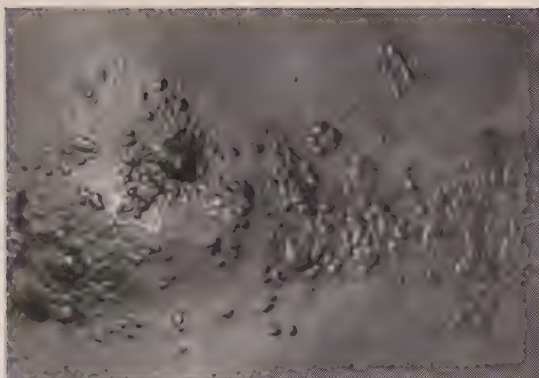


FIG. 22. — Zona thoracique en bande : vésicules bien formées, groupées en amas. (*Voir page 275*).



FIG. 23. — Zona ophtalmique : large placard semé de vésicules troubles en regression, croûteuses ou squameuses. (*Voir page 275*).

Les caractères diagnostiques sont :

— Localisation dans un territoire nerveux radiculaire, presque toujours unilatéral et très rarement multiple.

— Phase prodromique habituelle, mais non constante, caractérisée par une sensation douloureuse de cuisson (« feu sacré ») ou par des douleurs névralgiques, associées souvent à quelques symptômes généraux légers : fièvre, etc.

— Début de l'éruption par des plaques rouges ovalaires disposées en bandes qui se couvrent ensuite de vésicules herpétiformes, perlées, brillantes, de 1 à 3 millimètres, isolées ou confluentes (fig. 22); le liquide des vésicules reste clair ou devient purulent ou hémorragique; l'épiderme vésiculeux persiste transparent ou opacifié, il devient blanchâtre squameux ou s'incruste donnant des croûtelles petites, jaunâtres ou brunâtres (fig. 23).

— Constance des douleurs névralgiques.

— Cicatrices fines souvent pigmentées, dont il faut avoir la prudence de prévenir les malades surtout dans les zones de la face.

Toutefois on a pu faire des erreurs de diagnostic et j'ai vu plusieurs fois confondre un zona ophtalmique avec des *sypphilides* ou avec un *érysipèle*.

Le pronostic du zona, d'ordinaire bénin, peut être assombri par des complications rarement graves :

— *Localisations oculaires* du zona ophtalmique : conjonctivite; *kératite* souvent sérieuse pouvant provoquer des opacités, des ulcérations et même la perforation et la suppuration du globe oculaire; iritis.

— Infections secondaires des zones cutanées : zona suppuré, z. ulcéreux, z. nécrotique, z. gangreneux, avec ou sans adénite.

— Association de paralysies faciales, oculaires, brachiales, etc., habituellement fugaces et bénignes.

— *Méningite*, fruste ou nette, toujours bénigne (Chauffard). Brissaud dans un cas a noté une hémiplégie alterne, fugace : cette hémiplégie est parfois durable avec exagération des réflexes, atrophie musculaire, etc.

— *Persistance fréquente de douleurs* tenaces, pénibles, pendant des semaines et des mois après la disparition du zona, surtout lorsque le zonateux a dépassé la cinquantaine.

Traitement. — Traitement général suivant les indications symptomatiques : purgatifs, antipyrine et succédanés, sulfate de quinine, etc. Plusieurs médicaments internes ont été préconisés dès le début : phosphure de zinc, arsenic (P).

Traitement local : Au début tenter des applications de sangsues (P), badigeonner les plaques naissantes avec du perchlorure de fer à 26° B. ou une solution d'acide picrique. Puis ouvrir avec une aiguille les vésicules, laver à l'oxycyanure à 0,05 p. 100 ; panser avec le liniment oléocalcaire simple ou phéniqué, cocaïné ou opiacé si les douleurs sont vives ; saupoudrer avec un mélange d'amidon et lycopode additionné ou non de 0,50 p. 100 de sulfate de morphine, ou appliquer un mélange pâteux de baume tranquille et de poudre d'amidon, etc.

Si les douleurs ne sont pas trop vives, on se contentera de poudrer et de protéger la région malade par un bandage de corps.

Surveiller l'œil, lavages à l'oxycyanure à 0,05 p. 100, instillations d'atropine, applications de sangsues à la tempe, etc., ouvrir les vésicules, les cautériser, puis vaseline à l'oxyde jaune à 1 p. 100 (voir Traité spécial d'ophtalmologie).

Traiter les douleurs tardives par la haute fréquence, la radiothérapie, les injections d'air.

CHAPITRE IV

DERMATOSES PRURIGINEUSES

RÈGLES DE CONDUITE GÉNÉRALE, p. 278.

I. Préciser le type clinique : Diagnostic nosologique, p. 278 ; 1° Eczéma ; 2° Pemphigus ; 3° Erythrodermies, p. 279 ; 4° Lichens plans, p. 279 ; 5° Urticaire, p. 284 ; 6° Prurigo simplex, p. 287 ; 7° Prurigo à grosses papules ou ferox, p. 288 ; 8° Strophulus, p. 288 ; 9° Prurit sans lésion ou avec lésions secondaires tardives, p. 289 ; 10° Complications des dermatoses prurigineuses : eczématisations, lichénisations diffuses ou localisées, p. 290 ; 11° Prurits chroniques ou récidivants à symptômes associés variables, p. 293.

II. Tenter un diagnostic étiologique et pathogénique afin d'instituer une thérapeutique étiologique et pathogénique appropriée, p. 295.

On recherchera donc : 1° les prurits parasitaires : gale, etc., p. 296 ; 2° les intoxications alimentaires et 3° les intoxications médicamenteuses, p. 296 ; 4° les auto-intoxications : diabète, etc., p. 296 ; 5° les leucémies et le mycosis fongoïde, p. 298 ; 6° les kystes hydatiques, p. 298 ; 7° les troubles nerveux, p. 298 ; 8° les prédispositions héréditaires et acquises, p. 299 ; 9° les causes locales d'irritation, p. 299 ; 10° les défauts d'hygiène cutanée, p. 300.

Association et sommation des causes prurigènes, p. 301.

III. Traitement général, p. 301.

IV. Traitement externe, p. 306. 1° Bains, p. 306 ; 2° Lotions et pansements humides médicamenteux, p. 307 ; 3° Badigeons, p. 308 ; 4° Poudres, p. 308 ; 5° Pâtes, p. 309 ; 6° Occlusifs : emplâtres et colles, p. 311 ; 7° Pulvérisations, p. 312.

Moyens locaux énergiques contre les dermatoses prurigineuses infiltrées : lichens et lichénisations, papules de prurigo, p. 313.

Traitement des lésions des muqueuses : lichen plan buccal, p. 315.

Le problème thérapeutique est dominé par la notion de prurit.

Les dermatoses prurigineuses sont innombrables et disparates; mais dans toutes, le prurit est le symptôme majeur. C'est pour les démangeaisons que le malade vient consulter et demande un diagnostic, symptomatique et surtout étiologique, capable d'orienter une thérapeutique étiologique. Cette recherche des causes d'un prurit n'est pas toujours couronnée de succès : souvent c'est *a priori* que l'on appliquera une thérapeutique calmante et désintoxiquante qui malheureusement échouera parfois, précisément parce qu'elle est aveugle; on sera, faute de mieux, conduit aux divers traitements symptomatiques locaux des prurits dont les indications se basent plus sur l'état du tégument que sur la cause de la maladie.

Ainsi se trouve justifiée par une thérapeutique commune, ce groupement disparate des dermatoses prurigineuses.

Le premier soin du médecin en face d'une dermatose prurigineuse doit donc être : 1° de diagnostiquer le type nosologique; 2° de tenter un diagnostic étiologique et pathogénique par l'examen complet viscéral et cutané du malade.

* * *

I. — Diagnostic nosologique.

Ce diagnostic nosologique a beaucoup moins d'importance que le diagnostic étiologique. Je ne ferai donc que le résumer brièvement, en relatant seulement ce qui est intéressant au point de vue pronostique et thérapeutique.

Le prurit peut revêtir des types cliniques nombreux, reliés entre eux par toutes les formes de transition souvent associées les unes aux autres :

1° ECZÉMA ET DYSHIDROSE reconnaissables à leurs vésicules caractéristiques, etc. (v. p. 154, 156 et fig. 4) et qui peuvent aboutir à des lichénisations (v. p. 291 et fig. 36).

2° PEMPHIGUS ET DERMATITES POLYMORPHES DOULOUREUSES HERPÉTIFORMES (maladie de Dühring) reconnaissables aux bulles (v. p. 257 et fig. 16, 17).

3° ERYTHRODERMIES, DERMATITES EXFOLIATRICES, etc. : tout le tégument est rouge et desquamant (v. p. 320).

4° LICHENS PLANS¹. Le lichen plan est caractérisé par une lésion élémentaire très spéciale, facile à reconnaître. Le plus souvent, le lichen plan a une évolution chronique durant des semaines, des mois, des années, par pullulation incessante de ses éléments; mais, même en période de régression, le lichen peut être aggravé par des poussées subaiguës. Il se développe insidieusement sur les membres, le tronc, etc.; le siège de prédilection est la *face antérieure des avant-bras*, c'est là que les papules prennent leur aspect le plus caractéristique.

Lésion élémentaire typique (fig. 24 et 29). — Ce sont de petites papules polygonales de 1, à 3, 4 millimètres, de coloration rose (parfois rouge) mêlée de jaune ou de violacé, parfois de gris violacé, à surface aplatie, brillante à jour frisant, parfois légèrement déprimée au centre (ombiliquée), à bords nettement délimités, saillantes, fermes, dures et sèches au toucher; peu ou très prurigineuses sui

1. Les lichens plans sont des affections singulières d'origine inconnue: nerveuse pour les uns, parasitaire pour les autres qui citent en faveur de leur hypothèse des « cas de contagion ».

vant le nervosisme du malade. Huilée ou décapée par un pansement humide ou par une pommade salicylique, la surface plane des grosses papules adultes est parcourue de stries blanches, étoilées, arborescentes, etc., ou tachetée d'un pointillé blanc caractéristique, qui se détachent sur le fond rose ou rouge de la papule.

Les papules restent le plus souvent petites sans augmenter de volume, mais elles se multiplient; tantôt elles demeurent isolées, éparses (fig. 24); tantôt elles se rapprochent les unes des autres (fig. 29) et s'agminent, mais dans les placards, elles restent d'ordinaire distinctes les unes des autres, séparées par les plis cutanés qui leur donnent leur forme polygonale; le centre de ces placards tend souvent à s'affaïsser et desquame très pauvrement en fines squames grisâtres très adhérentes. Exceptionnellement, surtout au gland, au scrotum, etc., les papules se groupent en cercles comp'ets, inégaux et isolés de 3 à 15-20 millimètres (lichen annulatus, fig. 25) ou en cercles incomplets confluent, circinés (lichen circinatus ou marginatus). Le centre de la lésion est rarement sain.

La durée d'une papule de lichen plan est très variable, d'ordinaire de 2 à 12 semaines, souvent davantage.

Souvent elle disparaît sans laisser de trace. Mais souvent il reste une macule pigmentée plus ou moins foncée, d'où l'importance de surveiller le traitement arsenical qui, on le sait, exagère toutes les pigmentations. Exceptionnellement même, la macule résiduelle est à la fois décolorée et pigmentée (f. vitiligoïde) et parfois un véritable vitiligo se développe. Parfois la papule de lichen se résorbe à moitié, laissant un cône corné saillant paraissant péripilaire, qui donne au doigt la sensation d'une râpe et simule le pityriasis rubra pilaire (*lichen acuminatus*, fig. 27). Parfois elle laisse une cicatrice atrophique blanche, quadrillée et criblée de dépressions punctiformes, irrégulière dans sa forme et dans son étendue et souvent encore entourée de papules



FIG. 26.
Lichen verruqueux corné à éléments
moyens. (Voir page 281)

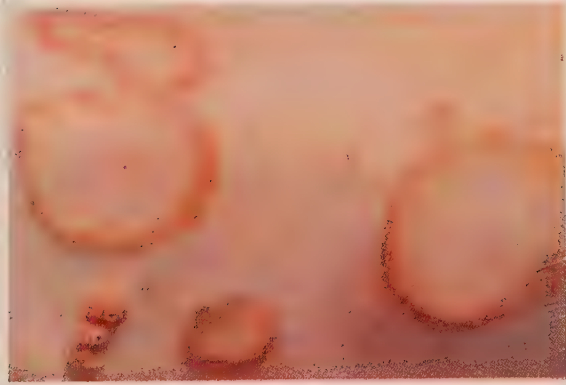


FIG. 25. — Lichen plan annulaire et
lichen verruqueux dans l'angle su-
périeur gauche. (Voir page 280).

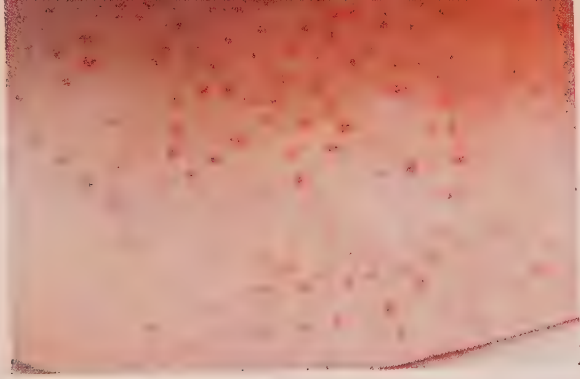


FIG. 24.
Lichen plan : papules disséminées.
(Voir page 279).

de lichen adultes (*lichen plan atrophique ou scléreux*). Enfin lorsqu'il est très prurigineux, le lichen peut se compliquer de lichénisation secondaire (v. p. 291).

Variétés régionales. — Toutes les régions peuvent être atteintes : muqueuses, paumes et plantes, ongles, cuir chevelu, face, verge, creux axillaire, etc.

Dans les *plis cutanés*, l'éruption macérée, décapée, apparaît souvent déformée, suintante, mais si l'on doute, il suffit de chercher à la loupe les stries et pointillés blanchâtres, et sur les bords d'analyser les papules isolées.

Aux *paumes* des mains et *plantes* des pieds, les éléments isolés apparaissent bistrés ou blanchâtres par desquamation de la couche cornée, mais sans vésicule; desquamée, la papule forme un petit puits sec (aspect criblé); parfois les éléments sont centrés d'une dépression punctiforme noirâtre. Confluents ils forment des nappes squameuses, tantôt peu caractéristiques, tantôt reposant sur un fond rouge bistré ou violacé assez spécial (fig. 28) et bien limitées.

Les *ongles* sont finement striés en long et rugueux.

Au *cuir chevelu* les papules confluent, formant des plaques alopéciques d'un rouge grisâtre, recouvertes de squames fortement adhérentes, à centre un peu affaissé, parsemé de petites dépressions cupuliformes, à bords peu saillants.

Aux *membres inférieurs*, surtout à la face antérieure des jambes, le lichen prend souvent une forme spéciale : *lichen plan corné hypertrophique* ou *verruqueux* (fig. 26 et 30), forme qui peut, exceptionnellement, se rencontrer aux organes génitaux, aux avant-bras (fig. 25, élément du coin supérieur gauche), etc. Ces plaques arrondies, saillantes de 1 à 3 et 5 millimètres, de la grandeur d'une pièce de 0 fr. 50 à 2 francs, parfois davantage, confluent souvent en larges placards irréguliers; elles sont violacées ou rouge-brunâtres, squameuses, de surface irrégulière, plus ou moins planes, recouvertes de squames blanc-grisâtres fines très adhérentes, criblées d'orifices folliculaires ou

sudoripares très fins, oblitérés ou non par des points cornés. Parfois les squames en se stratifiant donnent à la surface cornée un aspect irrégulier plus ou moins verruqueux. Elles sont à la palpation fortement saillantes et indurées. Le prurit est particulièrement intense, souvent paroxystique. Elles durent des mois et des années : leur ténacité est plus grande que celle des petites papules typiques de lichen plan.

Sur les *muqueuses*, le lichen est fréquent, il peut même être isolé, c'est-à-dire sans lésions cutanées. Il est presque toujours indolent et passe donc inaperçu. Il prend un aspect spécial souvent confondu avec les leucoplasies syphilitiques. On le rencontre à la surface de toutes les demi-muqueuses et muqueuses : gland, prépuce, urèthre, vulve, anus, lèvres, joue, langue, voûte palatine, gencives, amygdale, larynx, etc. Mais la face dorsale de la langue et surtout la partie postérieure profonde de la face interne des joues, près des dernières molaires, constituent ses sièges d'élection.

Sur la muqueuse des joues le lichen dessine : 1° des points blanc-bleuté de 0,5 à 2 millimètres, homologues des papules cutanées, isolés ou confluents, disséminés en archipel; 2° des stries blanches très fines, en lacis irréguliers ou ramifiés, arborescentes ou étoilées, saillantes ou déprimées, comme cicatricielles, mêlées presque toujours au pointillé précédent.

Sur la langue le lichen forme des points, des trainées et des plaques. Ces dernières dites en « pain à cacheter » sont arrondies de 5 à 10 millimètres de diamètre, isolées ou confluant en nappe, d'un blanc bleuté porcelainé, plus mates que les leucoplasies syphilitiques et non parquétées. Minces, elles sont hérissées de papilles linguales; épaisses elles sont lisses. En vieillissant, l'enduit blanc s'atténue et peut laisser voir un réseau arborescent blanc.

Forme aiguë. — L'éruption peut être aiguë (*lichen aigu*, fig. 29) : les papules rouges, tendues, souvent hémisphériques, extrêmement nombreuses, recouvrent tout le corps,

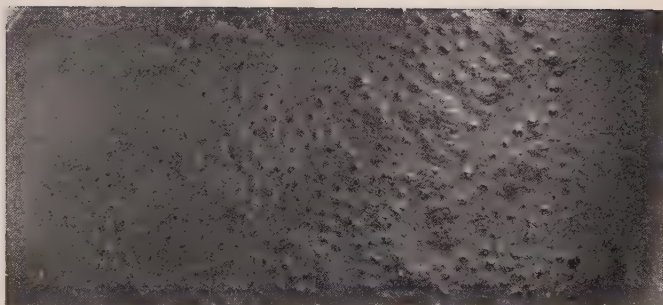


FIG. 27. — Lichen plan acuminé, simulant le pityriasis rubra pilaire. (*Voir page 280*).

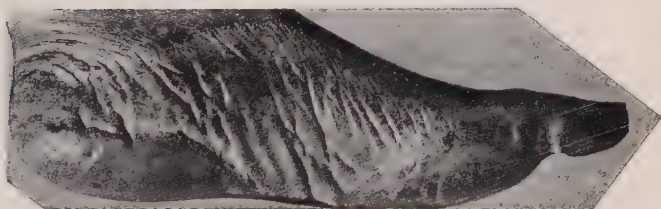


FIG. 28. — Lichen plan plantaire. (*Voir page 281*).

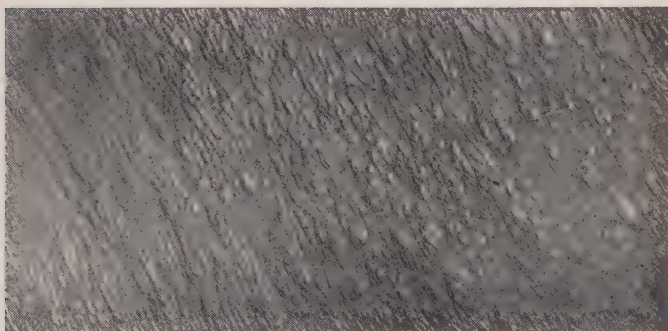


FIG. 29. — Lichen plan aigu. (*Voir page 283*).

en quelques jours. Ces papules restent isolées ou confluent en placards rouges irréguliers, plus ou moins squameux ; souvent les facettes brillantes sont peu nettes ou font défaut, la papule se réduit à une petite saillie acuminée.

— Exceptionnellement une bulle se forme (*lichen aigu pemphigorde*).

— Parfois le lichen aigu s'associe à de l'urticaire.

— Parfois il se complique de *lichénisation* sous l'influence du grattage (v. p. 291) : lichénisation rouge, diffuse, qui par sa généralisation fait craindre une dermatite exfoliatrice ou un mycosis fongöide, mais la guérison plus ou moins rapide dément ce sombre pronostic.

— Parfois il devient rouge et desquame abondamment.

— Exceptionnellement il verse dans la dermatite exfoliatrice (v. p. 320).

Variétés du lichen. — Cette papule polygonale, petite, plane, brillante, peut se modifier considérablement et donner des variétés importantes à connaître, pour ne pas les confondre avec des syphilides ou des tumeurs.

Lichen planus obtusus (Unna). Les papules sont grosses de 3 à 5, 8, 10 millimètres, roses, café au lait ou rouge-brunâtre, ou violacé-bleuâtre, hémisphériques ou hémiconiques, aplaties ou non à leur sommet, et souvent déprimées au centre. Le plus souvent elles sont polies, brillantes, non squameuses, cireuses, demi-transparentes ; elles régressent lentement sans laisser de trace ou laissent une macule pigmentée ou une légère cicatrice.

En se rapprochant, ces nodosités dessinent des cordons ou chapelets (*lichen ruber moniliformis* de Kaposi) et se mélangent souvent à des papules petites de lichen et à des taches pigmentées.

Aux membres inférieurs surtout, ces nodosités peuvent se recouvrir de squames fines, sèches, adhérentes qui donnent en se stratifiant un aspect corné, d'où le nom de : *Lichen obtusus corné disséminé*.

DIAGNOSTIC : Les lichens peuvent simuler des affections diverses : l'eczéma papulo-vésiculeux lichénisé (v. p. 162), les psoriasis punctata (v. p. 214), le pityriasis rubra pilaris (v. p. 242 et fig. 27), surtout dans le cas de lichen acuminatus (v. ci-dessus p. 280); — les porokératoses (v. p. 707 et 712 et fig. 167), les verrues planes juvéniles (v. p. 711 et fig. 170), etc., dans le cas de lichen squameux; — le xanthome (v. p. 740 et fig. 172), dans le cas de lichen obtusus; — les sclérodermies¹, morphées et autres atrophies dans le cas de lichen atrophique (v. p. 694 et fig. 163); — le vitiligo, dans le cas de lichen achromique et hyperchromique (v. p. 724); — les lichénisations (v. p. 291), surtout celles du *mycosis fongoïde* (v. p. 661), les parapsoriasis lichénoïdes (v. p. 220 et 41), dans les cas de lichens diffus, etc.

Mais les seuls diagnostics importants en raison des indications thérapeutiques sont : les *trichophyties* (lichen trichophytoïde; v. p. 630), le *lichen scrofulosorum* qui est une tuberculide (v. p. 565 et fig. 92), les *lupus scléreux* (v. p. 538) et *lupus érythémateux* (v. p. 541) et surtout la *syphilis*. Les lichens typiques peuvent ressembler à la syphilis cutanée (v. *Traitement de la syphilis*, p. 196) et à la leucoplasie syphilitique (lichen des muqueuses); le lichen obtusus à gros éléments a pu être confondu avec des syphilides papuleuses ou papulo-squameuses (v. *Traitement de la syphilis*, p. 188) et le lichen plan corné hypertrophique des jambes avec des syphilides papulo-papillomateuses (*ibidem*, p. 189).

5° URTICAIRE² (fig. 32, 33, 34). — L'urticaire est caractérisée par des papules rosées, souvent blanches et déco-

1. On ne se laissera pas égarer par ces lichens blancs et brillants « porcelainés », que j'ai décrits dans *Paris médical*, 30 déc. 1916, n° 53, p. 571.

2. La pathogénie de l'urticaire est comparable à celle de l'eczéma : c'est une réaction œdémateuse de défense, mais sur un terrain spécial, différent du terrain eczématisable, par l'ab-

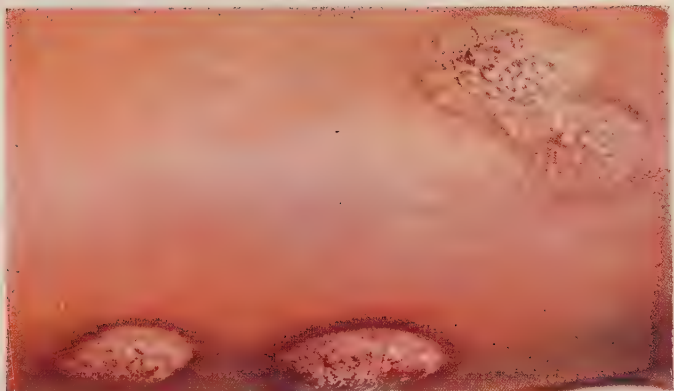


FIG. 30. — Lichen corné hypertrophique verruqueux.
(Voir page 281).



FIG. 31. — Strophulus. Éléments urticariens centrés d'une papulo
vésicule. (Voir page 289).

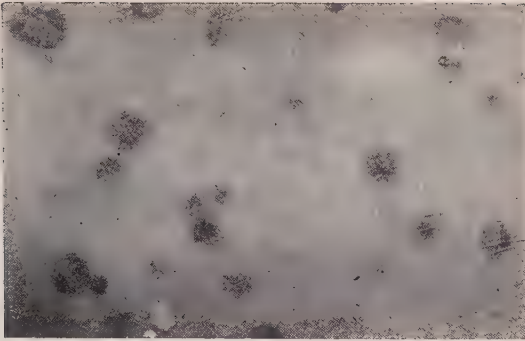


FIG. 32. — Urticaire pigmentée. (*Voir page 285*).

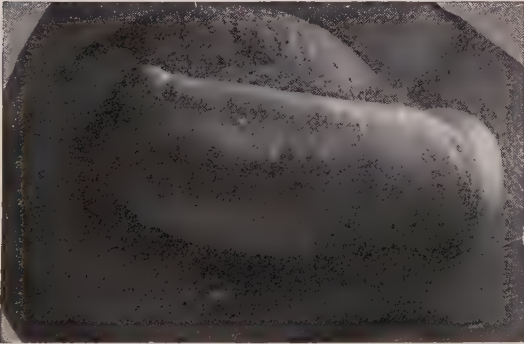


FIG. 33. — Urticaire œdémateuse diffuse de la verge et du scrotum. (*Voir page 285*).



FIG. 34. — Large plaque d'urticaire circinée. (*Voir page 285*).

lorées au centre, *apparaissant rapidement*, accompagnées de *prurit* et même de brûlure, *disparaissant rapidement* en quelques minutes ou en quelques heures, pour reparaître en d'autres endroits. Le grattage soulage momentanément, mais fait naître des éléments; au contraire l'enveloppement empêche l'urticaire de se développer, d'où l'indication thérapeutique très importante des méthodes occlusives (voir Colles, p. 344).

L'urticaire disparaît sans laisser de trace. Parfois pourtant l'urticaire hémorragique laisse une macule pigmentée. Il ne faut pas la confondre avec une dermatose très spéciale, qui ne se voit guère que chez les nourrissons, l'urticaire pigmentaire (v. fig. 32), l'enfant reste comme tigré de taches brunes.

La forme de l'urticaire peut varier : les piqûres d'ortie ou de puce, qui provoquent une variété d'urticaire, donnent idée de ce qu'est la forme dite à tort « maculeuse ». — Lorsque les placards en s'étendant régressent au centre, l'urticaire est dite : gyratée, figurée, circinée (fig. 34). — Lorsque les plaques, en confluant, couvrent de grandes surfaces, on la dit *urticaria conferta*. — Lorsque le centre se décolore, parce que l'œdème com-

sence de porosité épidermique et par l'intensité des réactions vaso-motrices plus rapides et plus vives; d'ailleurs l'eczéma et l'urticaire coïncident fréquemment : Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain ont montré que l'urticaire relève d'une réaction d'ordre anaphylactique « d'une crise hémoclasique » (v. p. 306). Certains ont voulu faire de l'urticaire une « maladie ». Le mode urticarien n'est spécial à aucune affection, il peut relever des causes les plus diverses, depuis un choc émotif ou une indigestion, jusqu'au *kyste hydatique*; il peut s'associer aux dermatoses les plus différentes : prurigo, dermatite polymorphe de Dühring, mycosis fongoïde, toxicodermies, etc., et aux affections internes les plus variées, asthme, etc.

prime des vaisseaux, on dit urticaire porcelainée. — Lorsque les vaisseaux en se rompant donnent une tache de purpura, on l'appelle urticaire hémorragique ou purpura urticaire. — Lorsque l'épiderme se soulève, l'urticaire devient bulleuse et peut être confondue avec les pemphigus (v. p. 257).

Le plus souvent l'urticaire survient par poussées insidieuses, courtes, bénignes.

D'ordinaire l'urticaire est aiguë, due presque toujours à une intoxication alimentaire; elle peut s'accompagner de fièvre, de malaise inquiétant, etc., il ne faudra pas alors la confondre avec une infection grave : scarlatine, rougeole boutonneuse, érysipèle.

Parfois la durée est prolongée par l'apparition incessante d'éléments nouveaux pendant des mois et même des années. Il faut se méfier de ces urticaires chroniques : chez l'enfant, elles annoncent souvent le prurigo dit de Hebra (v. p. 294), chez l'adulte, la maladie de Dühring (v. p. 257), affections graves par leur chronicité.

Les erreurs de diagnostic les plus importantes sont dues aux urticaires diffuses localisées : l'urticaire géante tubéreuse de Quincke qui forme des masses élevées de 5 à 15 centimètres de diamètre, souvent blanches au centre, a pu être confondue avec des phlegmons, surtout lorsqu'elle siège au cuir chevelu, aux paupières, au pharynx, au larynx, à la verge (fig. 33), etc. Au larynx, elle peut provoquer un œdème de la glotte, parfois mortel (v. p. 305).

Dans les cas douteux, par exemple dans un diagnostic rétrospectif d'urticaire pigmentaire, on profitera de cette faculté singulière que présentent les malades de faire de l'urticaire à propos des plus petits traumas cutanés

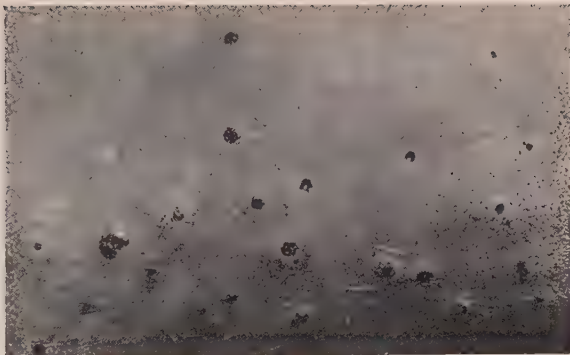


FIG. 35. — Prurigo : Papules excoriées croûteuses.
(Voir page 287).

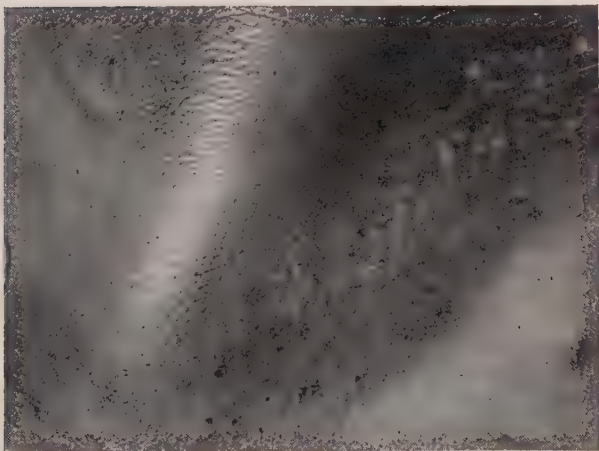


FIG. 36. — Plaque de lichenisation circonscrite.
(Voir page 292).

(autographisme) : on rayera la peau avec l'ongle et, en quelques secondes, ces raies deviendront urticariennes.

6° PRURIGO (*P. simplex*, fig. 35). Le type clinique appelé *prurigo* est caractérisé par l'association de démangeaisons intenses, tenaces, et de papules, avec ou sans papulo-vésicules, avec ou sans urticaire.

La papule de prurigo est petite (fig. 35), de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, de forme tronconique, à sommet arrondi ou hémisphérique, parfois aplati, rarement acuminé. Elle est rosée, ou rouge vif, ou rouge brunâtre, disparaissant à la vitropression ou laissant une teinte un peu bistre. Elle est saillante et ferme au toucher, assez nettement délimitée, au moins à la palpation, car à la vue, une auréole érythémateuse peut en diffuser les contours. Non excoriée, la papule reste unie ou se recouvre d'une squame-croûte arrondie, minuscule, plus épaisse et plus colorée au centre. Mais cette papule de prurigo, étant terriblement démangeante, est presque toujours rapidement modifiée par le grattage : le grattage fait naître des points purpuriques, écorche le sommet qui apparaît érodé ou ulcéré, suintant ou recouvert d'une croûte hématique brunâtre.

La durée d'une papule varie entre trois, huit, douze jours. La papule de prurigo disparaît en laissant ou non une cicatrice suivant que le grattage a ulcéré ou non le derme, ces cicatrices sont souvent pigmentées.

Les lésions associées inconstantes sont : des papulo-vésicules d'eczéma et des papules d'urticaire, ces dermatoses sont reliées au prurigo par toutes les formes de transition et il est fréquent d'observer des mélanges.

Les formes cliniques varient à l'infini :

— Début insidieux ou brusque, avec ou sans symptômes généraux, par les membres supérieurs ou inférieurs ou par le cou, etc.

- Prurit précédant la papule ou lui succédant, etc.
- Prédominance dans la première ou la seconde enfance, dans l'adolescence, etc.
- Apparition en hiver ou au printemps, en été ou en automne, etc.
- Éruption localisée ou disséminée, légère ou confluente, etc.
- Éléments presque toujours isolés, mais parfois agminés en groupe, etc., prédominant d'ordinaire, mais non constamment sur les surface d'extension, etc.

Leur évolution est très variable, impossible à prévoir. Tantôt le prurigo est aigu, ne durant que deux à douze semaines, bénin (prurigo simplex acutus), ne provoquant ni eczématisation, ni lichénisation. Tantôt il est chronique, récidivant, entrecoupé ou non de poussées subaiguës, durant toute la vie; l'affection est donc très grave et se complique le plus souvent d'eczématisation et de lichénisation (v. p. 291).

7° PRURIGO FEROX OU A GROSSES PAPULES. — Ce prurigo est caractérisé par des papules identiques aux précédentes sauf leur volume. Elles ont la grosseur d'un pois, d'une cerise, etc., elles ont même couleur, même forme, même fermeté, même dissémination et répartition habituelle; pourtant elles sont parfois surmontées d'une vésicule, qui dans les papules de prurigo ordinaire n'est pas visible cliniquement et ne peut être démontrée qu'histologiquement. Lorsque ces vésicules suppurent, on croirait des pustules creusées dans une base indurée démangeante; le prurit qu'elle provoque est encore plus intense, que celui du prurigo simplex: il est vraiment féroce, et plus marqué en hiver.

8° STROPHULUS (fig. 31). — Le strophulus, terme souvent appliqué à des affections différentes et à tous les

prurits de la première enfance, doit servir à désigner un type particulier de dermatose prurigineuse : une petite papule de prurigo, vésiculeuse ou non, entourée soit d'une papule urticarienne blanc rosé ou rouge, soit d'une macule érythémateuse.

Tantôt les deux éléments naissent simultanément et, à leur acmé, l'œil voit et le doigt sent l'association des deux lésions; mais l'urticaire ne dure que quelques heures et, en disparaissant, laisse la papule de prurigo plus petite de 1 à 4 millimètres, plus tenace, plus ferme, blanc terne ou rosée, et presque toujours centrée d'une croûte jaunâtre minuscule, qui se prolongera plusieurs jours.

Tantôt l'urticaire souvent très petite, presque miliaire, apparaît la première et semble exister seule, mais au moment de sa disparition, on voit naître la papule de prurigo.

Tantôt on assiste à l'évolution inverse : la papule de prurigo est la première en date et s'entoure secondairement d'une tache plus large d'urticaire.

En même temps que ces éléments mixtes, on voit presque toujours des papules simples de prurigo, des plaques simples d'urticaire, et souvent des éruptions sudorales, etc

Le strophulus est une éruption qui se rencontre surtout dans la première enfance, apparaissant d'ordinaire à l'occasion des troubles de la dentition, d'où le vieux nom de « feux de dents ». Tantôt l'éruption est bénigne, disparaissant avec les troubles dyspeptiques et dentaires; tantôt au contraire elle est grave, parce qu'elle se prolonge et qu'elle constitue le début d'un prurigo chronique (v. p. 294).

9° PRURIT SANS LÉSIONS OU AVEC LÉSIONS SECONDAIRES TARDIVES. — Le type clinique appelé « prurit » tout court est conventionnellement réservé aux dermatoses prurigi-

neuses sans lésions cutanées autres que les stries de grattage, ou tout au moins si des lésions surviennent : eczéma, pyodermite, etc., ce sont des lésions tardives.

Le prurit est ou généralisé, ou diffus, ou localisé, par exemple, anal, vulvaire, etc. Il est continu ou intermittent, bénin ou féroce, souvent paroxystique, provoqué par des causes nombreuses : par une faute alimentaire, par des émotions, par la chaleur du lit, le maximum survenant le soir après s'être couché, entre 9 heures du soir et 1 heure du matin, etc. La crise est courte, durant quelques minutes, ou prolongée; elle est supportable ou intolérable, calmée seulement par un grattage violent et forcené avec les ongles qui finissent par s'user, ou avec les objets les plus hétéroclites, jusqu'à excorier la peau. Le malade en arrive à ne plus dormir, il s'irrite à propos de rien; le prurit devient une idée fixe et des psychoses diverses peuvent se développer, le malade allant jusqu'au suicide.

En se grattant, le malade fait naître diverses complications : érythème simple ou urticaire, eczéma et lichénification, pyodermites, pustules, lymphangites, adénites aiguës et chroniques (bubon du prurit).

Il est impossible de fixer la durée de ces maladies, elles peuvent guérir en quelques jours ou durer des mois, des années.

Le pronostic est donc lié aux causes du prurit et au terrain nerveux, plus qu'au type clinique.

14° COMPLICATIONS DES DERMATOSES PRURIGINEUSES. — Tantôt les dermatoses prurigineuses évoluent sans que l'on observe d'autres lésions que les excoriations dues au grattage. Tantôt les démangeaisons provoquent des lésions secondaires d'ECZÉMATISATION et surtout DE LICHÉNISATION DIFFUSE OU CIRCONSCRITE (fig. 36). Ces prurits

compliqués sont appelés *prurits avec lichénisation* diffuse ou circonscrite. La lichénisation survient d'emblée (lichénisation primitive), ou après eczématisation (lichénisation secondaire). Pour la faire naître, le grattage répété est nécessaire, mais non suffisant, puisque tous les prurigineux ne souffrent pas de lichénisation : un terrain prédisposé est indispensable, de même que, pour avoir de l'eczéma, il faut être eczématisable.

Les formes cliniques des lichénisations sont aussi variées que celles des prurits qui leur donnent naissance : légères, moyennes, intenses, provoquant des crises terribles.

Les lichénisations sont, comme les prurits, ou diffuses ou circonscrites; elles peuvent avoir toutes les localisations des prurits : face latérale du cou et nuque, partie supéro-interne des cuisses, partie inféro-externe de la jambe, scrotum ou vulve, ceinture, creux poplité et du coude, etc., et même les paumes et les plantes. Ces plaques peuvent être uniques ou multiples, parfois symétriques.

La lichénisation comprend trois degrés (fig. 36) :

— 1° Peu à peu l'épiderme devient brillant, gardant sa couleur normale ou prenant une teinte rosée bistre très légère. Le quadrillage normal de la peau s'exagère, dessinant une sorte de mosaïque, mais les losanges ainsi formés restent maculeux, sans faire de saillie papuleuse. La peau n'est pas encore nettement épaissie à la palpation. La lésion au premier degré est minime, peu visible, sauf au jour frisant, qui fait apparaître les macules brillantes : tantôt ces macules sont isolées et disséminées sans ordre, tantôt elles forment une nappe confluyente ;

— 2° Au deuxième degré, la peau s'épaissit et perd sa souplesse, les losanges formés par les plis cutanés deviennent saillants, papuleux, plus foncés, rosés, un peu grisâtres ou jaunâtres, parfois d'un rouge brunâtre ou même

rouge vif. Parfois les losanges papuleux et brillants deviennent villeux. Les *papules* de ce second degré restent isolées ou s'agglomèrent en archipel, reposant presque toujours sur une nappe *maculeuse* de lésions du premier degré. La lésion est souvent dite incomplète, parce qu'elle ne comprend pas le troisième degré.

— 3° Enfin la lésion arrive au troisième degré, c'est-à-dire à son maximum (plaque complète) :

La **plaque de lichénisation circonscrite** complète, tantôt ovalaire, tantôt irrégulière (fig. 36), tantôt petite, de 10 à 50 millimètres, tantôt grande, atteignant et dépassant 12 à 15 centimètres, comprend trois zones, qui se transforment progressivement les unes dans les autres et qui ne sont que les trois degrés de la lésion : — 1° La zone externe, mal délimitée au dehors et se confondant peu à peu avec l'épiderme normal environnant, a de 5 à 30 millimètres de large, elle est d'étendue irrégulière, manquant parfois sur un segment; elle est rose bistre ou café au lait, formée par des macules losangiques brillantes, non saillantes du premier degré, isolées, ou en archipel, ou confluentes; — 2° La zone moyenne, rose pâle un peu grisâtre, parfois rouge brunâtre ou même rouge vif, est formée de lésions du deuxième degré. Cette zone est très irrégulière, elle aussi, de forme et d'étendue, et parfois elle est discontinue ou en archipel; ses « papules » saillantes sont disséminées sur le fond plat que forme la première zone; — 3° La troisième zone forme une nappe continue plus ou moins étendue, de 30 à 100 millimètres, souvent davantage, d'autant plus pigmentée qu'elle est plus ancienne; sa surface est rugueuse et dure, infiltrée, parfois même comme éléphantiasique; les sillons, profondément marqués, dessinent de longues stries entre-croisées en losanges de 1 à 5 millimètres comme les hachures d'un dessin à la plume et circonscrivent des « papules » confluentes; cette lésion desquamée, l'épiderme est adhérent, sec ou macéré.

Le centre parfois s'affaisse et s'éclaircit alors que les bords restent en activité et brunâtres. La lichénisation peut même coexister avec le vitiligo (p. 724).

La **lichénisation diffuse** comprend des lésions du premier degré, puis des premier et deuxième degrés, enfin des trois degrés, répandues irrégulièrement sur de larges surfaces et mal délimitées.

La lichénisation est une complication redoutable : elle aggrave et perpétue le prurit. Les placards lichénisés, non traités, ont tendance à s'éterniser pendant des mois et des années, progressant, reprenant, restant stationnaires, présentant en un mot l'évolution la plus irrégulière, souvent disparaissant en un point pour récidiver en un autre, etc. Cazenave a montré que certaines rémissions s'accompagnaient de métastases viscérales : asthme, bronchites, névralgie, etc. (v. p. 172).

L'intensité du prurit est le meilleur signe pronostique : lorsqu'il augmente, la lichénisation progresse ; lorsqu'il reste fixe, les plaques lichénisées restent stationnaires ; lorsqu'il diminue et disparaît, la lichénisation guérit.

11° PRURITS CHRONIQUES OU RÉCIDIVANTS A SYMPTOMES ASSOCIÉS VARIABLES. — Ces prurits, qui sont presque toujours des prurits « diathésiques » ou « névropathiques », éveillés ou réveillés par des causes occasionnelles les plus variées : écarts alimentaires, choc émotif, etc., ont un pronostic grave en raison de leur chronicité. On peut dire qu'ils méritent doublement l'épithète de diathésiques, parce qu'ils relèvent d'une diathèse et constituent, chez l'individu qui en souffre, une manière d'être, donc une diathèse.

Le prurit est le symptôme prédominant durable, constant, alors que les lésions associées sont inconstantes, passagères, variables : il débute souvent dans la pre-

mière ou seconde enfance, parfois dans l'adolescence. Les symptômes associés sont des érythèmes, de l'urticaire, du strophulus, des papules de prurigo ou faux lichen, puis de l'eczématisation et de la lichénisation.

Le prurit persiste des mois, des années, plus ou moins intense, entrecoupé de poussées saisonnières très irrégulières et de rémissions inexpliquées. Tantôt il guérit, le plus souvent pour faire place à des troubles viscéraux (métastase) : dyspepsie, asthme, etc. Tantôt il persiste, rebelle à tout, ne semblant guérir que pour récidiver à propos de tout et de rien.

A l'âge adulte, les formes éruptives de l'enfance peuvent réapparaître; mais d'ordinaire le prurit revêt la forme d'eczéma à répétition, suivi de lichénisation; plus rarement la lichénisation se fait d'emblée, c'est-à-dire sans eczématisation intermédiaire. Il faut savoir reconnaître derrière la banalité de l'éruption associée, derrière cet eczéma récidivant ou cette lichénisation, le prurit chronique afin de porter un pronostic exact, c'est-à-dire un pronostic réservé ou grave.

Le **Prurigo** dit de **Hébra**, bien qu'il ait été décrit depuis longtemps par les dermatologistes français (notamment par Vidal) sous le nom de lichen agrius, etc., n'est qu'une variété de ces prurigos chroniques, à symptomatologie polymorphe. Il débute dans la *première enfance*, entre quatre et douze mois, vers l'époque de la première dentition, par de l'urticaire, du strophulus ou des papules de prurigo. Ces éléments prédominent aux fesses et aux *membres inférieurs*, surtout à la *face d'extension* des cuisses (type classique), ou au contraire à la tête et aux membres supérieurs (type français).

Le petit malade, pâle, amaigri (souvent hérédosyphili-

tique), tourmenté par les démangeaisons, dormant mal, irritable, méchant, se gratte avec fureur; sa peau est souvent terne, d'aspect sale, coulé de stries de grattage, parsemée de papules excoriées avec ou sans urticaire, avec ou sans eczéma. Les pyodermites, avec ou sans adénites, sont fréquentes.

Ce prurigo persiste ou récidive avec une *ténacité désespérante*, avec *recrudescences hivernales*; souvent il semble disparaître en été, mais il reparaît régulièrement chaque hiver, présentant des rémissions et des poussées aiguës, souvent inexplicables.

Après plusieurs années, vers l'âge de quatre à huit ans, ce prurigo infantile peut guérir, mais trop souvent il se prolonge jusqu'à l'âge adulte et ne *s'atténue* que vers 25 ou 30 ans. Parfois, il verse dans le prurigo chronique récidivant de l'adulte, qui dure toute la vie, se cache derrière un eczéma récidivant et se complique de lichénisation. L'huile de foie de morue intra et extra est le traitement de choix de ces prurigos infantiles (v. p. 305).

* * *

II. — Diagnostic et thérapeutique étiologiques.

Le type clinique étant diagnostiqué, il importe de préciser l'étiologie et la pathogénie de la dermatose prurigineuse, afin d'instituer une thérapeutique étiologique.

On envisagera tour à tour les mécanismes suivants, sans omettre la discussion d'aucun d'entre eux, et c'est ainsi que l'on verra diminuer le nombre des « prurits essentiels ».

1° Prurits parasitaires (v. p. 426). — Les causes en sont multiples : *Gale* (v. p. 429), *Péliculose du cuir chevelu* (p. 445), *P. du corps* (v. p. 442), *Phtiriose du pubis* (v. p. 447), *Punaies, puces*, etc. (v. p. 428), *Chenilles, rouget, orties*, etc., pour les prurits d'été; *oxyures*, etc., pour les prurits anaux, etc., etc. C'est la première pensée que l'on doit avoir systématiquement et, quelle que soit la situation sociale du malade, il faut chercher discrètement les lésions typiques de la gale aux sièges d'élection (v. p. 431), les parasites ou les lentes sur les cheveux, dans les vêtements, dans les poils du pubis (v. p. 443). Je pourrais citer des soi-disant prurigos auto-toxiques, gravidiques, séniles, etc., qui étaient des affections parasitaires méconnues par des médecins expérimentés, faute d'y avoir pensé.

Le traitement antiparasitaire guérira rapidement ces affections, mais souvent on devra traiter les lésions secondaires d'eczématisation, de pyodermites, etc., et parfois un « prurit nerveux » survit à la cause parasitaire.

2° Intoxications alimentaires : Café, thé, charcuterie, conserves, crustacés, mollusques, poissons, fraises, fromages, œufs, botulisme : d'où la nécessité d'un régime approprié, en tenant grand compte des anaphylaxies.

3° Intoxications médicamenteuses : Antipyrine, morphine, cocaïne, belladone, etc. D'où la règle de supprimer toute médication interne au début du traitement et l'usage de se montrer très sobre de médicaments internes, calmants ou autres.

4° Auto-intoxications. — Ce sont des causes très fréquentes de prurit et malheureusement ce sont des causes souvent obscures, difficiles à démêler et par conséquent difficiles à combattre (*prurits diathésiques*).

Les auto-intoxications prurigènes sont très diverses, souvent associées :

— **Dyspepsies** gastro-intestinales : gastrites, dilatation de

l'estomac, entérite, helminthiase, et surtout constipation : le bon fonctionnement gastro-intestinal doit donc être une des préoccupations constantes du traitement antiprurigineux.

— Affections **hépatiques**, surtout celles qui s'accompagnent de rétention biliaire, même au degré le plus atténué, même la **cholémie** la plus légère : le prurit biliaire semblant dû aux acides biliaires, on a proposé un traitement local, souvent efficace : les lotions et bains avec le bicarbonate de soude.

— **Diabète**, que l'on devra toujours rechercher et, même lorsqu'on ne trouve pas de glycosurie, on fera bien de tenter l'épreuve de la glycosurie alimentaire : si cette épreuve est positive, on restreindra la ration hydrocarbonée.

— **Néphrites**, très souvent latentes, qui n'ont même pas d'albuminurie : beaucoup de prurit sénile sont des prurits d'insuffisance rénale ; d'où la nécessité de ne pas apporter par l'alimentation des toxiques qui s'élimineraient mal ; d'où l'utilité de favoriser la diurèse.

— Troubles de nutrition : arthritisme, **goutte**, rhumatisme chronique, que l'on corrigera en période chronique par les sels lithinés, etc., en poussées aiguës ou subaiguës par 2 à 8 pilules *pro die* de :

Bromhydrate de quinine.	0 gr. 05
Ergotine	0 gr. 05
Extrait acétique de colchique.	0 gr. 01
Teinture de digitale ou de belladone.	II à IV gouttes
Excipient.	Q. s.
Pour une pilule.	

— Arthritisme pulmonaire (**asthme**, poussées congestives, etc.) que l'on combattra par la quinine, belladone, eau de laurier-cerise, etc.

— Auto-intoxications **glandulaires** : hypo-ovarie à la suite de castration, etc. ; troubles utéro-annexiels, thyroïdiens, que l'on corrigera par l'opothérapie.

— Auto-intoxication **gravidique**, etc.

Ces relations des prurits avec les auto-intoxications expliquent ce que les anciens appelaient les « métastases viscérales » des dermatoses : alternance de l'affection cutanée et des attaques d'asthme ou des troubles gastro-intestinaux, etc. (prurigo-asthme). Bien que ces métastases aient moins d'importance que dans le traitement des eczémas, on ne devra pourtant pas les négliger.

5° Leucémies et mycosis fongoïde. Parfois le prurit, avec ou sans papules, est le signe révélateur d'une leucémie mortelle, et presque toujours un prurit tenace, sans gravité apparente, précède de plusieurs mois le mycosis, dont on sait le pronostic impitoyable (v. p. 661).

6° Kyste hydatique. Il faut toujours se méfier d'un kyste hydatique et examiner le foie, au besoin pratiquer une réaction de fixation dans les prurits « essentiels », surtout dans les urticaires sans cause.

7° Troubles nerveux. — Le « terrain nerveux » a une importance prépondérante, qui justifie la thérapeutique calmante sédative.

Le plus souvent, il ne s'agit que de troubles sans lésions organiques : nervosisme exagéré par les surmenages physique et moral (occupations mondaines, vie d'affaire, travail cérébral) choc nerveux, émotions, accidents, troubles menstruels, douleurs viscérales localisées : salpingites, cholécystite; ce nervosisme peut aboutir à une sorte de « névrose cutanée », où la suggestion prend souvent une grande part : « prurit mental », parasitophobie. L'état mental est tel que l'on a vu des prurigineux sombrer dans la vésanie ou se suicider.

Exceptionnellement, le système nerveux est atteint de lésions organiques; d'ordinaire il s'agit de *tabes* (Milian) et plusieurs fois il nous a été donné de découvrir un *tabes* naissant et méconnu, derrière un prurit tenace.

8° **Prédispositions héréditaires et acquises.** — Il existe des familles de prurigineux dont on doit surveiller spécialement les enfants : cette prédisposition, malheureusement, est difficile à combattre, car son mécanisme est obscur, elle relève tantôt d'hérédo-arthritisme, tantôt d'hérédosyphilis (d'où la nécessité parfois d'un traitement spécifique), tantôt d'hérédo-tuberculose, d'hérédo-alcoolisme ou de caféisme, etc. Ces facteurs, isolés ou associés, réalisent chez le rejeton, un mélange de scrofulo-lymphatisme, de nervosisme, de dystrophie, qui est le terrain le plus fréquent des prurits infantiles, d'où l'excellence de l'*huile de foie de morue* à hautes doses et des arsénicaux (La Bourboule), dans les prurits infantiles. Il s'ajoute souvent une prédisposition congénitale ou acquise, dite autographisme, due à un déséquilibre vaso-moteur : il suffit de rayer la peau pour voir apparaître une trainée urticarienne.

La sénilité est une autre prédisposition incontestable ; il y a non seulement auto-intoxication par déficit organique et surtout rénal, mais aussi vétusté de la peau qui souffre de sa sécheresse, et c'est pour cela que les glycérolés qui assouplissent l'épiderme et les sudorifiques (pilocarpine, etc.) réussissent si souvent dans ces prurits séniles.

9° **Causes locales d'irritation : frottements, infections, etc.** — Ces causes locales ont, dans les *prurits localisés*, une grande importance ; il faudra rechercher et traiter chacune de ces causes locales, notamment l'obésité locale par le massage, l'infection surtout par le nitratage, la malpropreté par les lavages à l'eau et les poudrages.

— Dans le *prurit anal*, l'eczéma et l'intertrigo, streptococcique ou autre, les hémorroïdes, fissures, oxyures et lombrics, etc., ont la plus grande importance et doivent être soigneusement traités. On évitera toute irritation : huiler l'anus, et mieux encore, prendre un petit lavement huileux, avant d'aller à la garde-robe ; après la selle, huiler

et laver à l'eau très chaude, puis, poudrer avec une poudre camphrée (v. p. 308); user, dans le cas de fissure, des préparations cocaïnées et des suppositoires belladonés ou opiacés.

— Dans le *prurit vulvaire*, on essaiera de supprimer les causes locales : leucorrhée des métrites, vulvites eczémateuses ou microbiennes, hémorragies, troubles de la ménopause, etc.; cystite : urines purulentes ou diabétiques, incontinence d'urine sous l'influence de la toux. On évitera toute irritation : laver après chaque miction, et notamment badigeonner avec la teinture de benjoin qui fait une sorte de vernis; introduire à l'entrée du vagin un tampon huilé ou imbibé de pommade; prendre, matin et soir, une injection vaginale phéniquée, chloralée ou autre, et remettre un tampon vaginal gras, qui aura, en outre, l'avantage d'empêcher les liquides leucorrhéiques de venir irriter la vulve; séparer la vulve des cuisses par des linges usagés et largement poudrés. L'infection étant fréquente, on usera largement des badigeons de nitrate d'argent. La séborrhée peut être cause de prurit pubien, on la combattrà par les préparations soufrées ou mercurielles.

— Dans le *prurit du scrotum, du gland*, etc., on se méfiera de l'intertrigo et de la macération sudorale, favorisée par l'obésité et par la chaleur, et provoquant de l'eczéma, etc., on traitera ces affections et on appliquera une rigoureuse propreté : laver et poudrer après chaque miction, séparer la surface cutanée par des poudres, éviter la transpiration, etc.

— Dans le *prurit narinaire*, on traitera les coryzas, les écoulements nerveux (asthme des foin), etc.

— Dans le *prurit palmo-plantaire*, on s'efforcera d'abord de supprimer l'eczéma, la transpiration, etc.

10° Défaut, hygiène cutanée. — Enfin, il ne faut pas oublier l'importance prurigène des irritations souvent banales : malpropreté, ou au contraire savonnages trop répétés qui

dégraissent la peau, bains alcalins ou sulfureux, vêtements de laine portés à même la peau, vêtements trop serrés provoquant la transpiration et la macération de l'épiderme, chaleur (*prurigo estivalis*), exposition au rayonnement du feu dans certaines professions, ou, au contraire, le froid (*prurigo hivernalis*).

Il faudra y remédier par des soins appropriés, par exemple dans le prurigo d'hiver, éviter le froid, se vêtir chaudement en mettant de la toile fine usagée sur la peau et non de la laine, ou même de la soie, porter des gants de peau et non de laine, entretenir une propreté rigoureuse de la peau, mais sans abuser des savonnages, regraisir la peau avec un glycérolé ou un cold-cream matin et soir et après chaque savonnage, etc.

On voit quelle est l'importance de l'étude minutieuse des causes d'un prurit pour en régler le traitement; il faut surtout ne pas oublier que, le plus souvent, plusieurs facteurs s'associent : influence de la race et de l'hérédité, du tempérament nerveux et arthritique, de la fatigue et des préoccupations, des troubles gastro-intestinaux et de la suralimentation carnée, d'une mauvaise hygiène : vie confinée et abus de café, etc.; des causes locales : obésité et infection, etc.; on ira au plus pressé, mais toujours on s'efforcera de corriger ou de supprimer successivement tous ces facteurs prurigènes.

*
* * *

III. — Traitement général.

En même temps que le traitement étiologique dicté par un examen complet du malade et par la recherche systématique des causes prédisposantes et occasionnelles,

énoncées ci-dessus, il sera souvent nécessaire d'instituer un traitement général. Lors même que les recherches étiologiques seraient restées infructueuses, il n'en faudra pas moins, par principe, tenter ce traitement.

1° Supprimer l'apport des substances toxiques par une hygiène alimentaire plus ou moins rigoureuse suivant les cas (v. Eczéma, p. 174) : supprimer le thé, café, liqueurs, vins, chocolat, bière alcoolisée, charcuterie, viande de porc, veau, dindon, oie, gibier, poissons, mollusques, crustacés, conserves, truffes et champignons, fromages fermentés et salés, bouillons de viande, gelées, choux et choux-fleurs, oseille, tomate, fraise, etc., tabac. Chaque prurigineux a ses fragilités, « son anaphylaxie » : certains ne supportent pas les œufs, d'autres, les fraises, etc. Dans les cas sérieux, aigus ou rebelles, on imposera le régime lacté végétarien ou même lacté pur additionné d'eau de Vichy. Détail capital et trop souvent négligé : le lait doit être bon, provenir d'une vache vivant au grand air, bien nourrie d'herbages et non de drêches, etc. ; le lait naturel peut être remplacé par des laits fermentés : képhir, yoghourt, etc. S'il est constipant, on lui associera la magnésie ; s'il est laxatif, on fera prendre du salicylate de bismuth ou de l'eau de chaux ; la nourrice d'un enfant atteint de prurit doit se soumettre à un régime sévère.

2° Régulariser les fonctions gastriques par les moyens appropriés, mastication lente, absorption d'alcalin, etc., tenter, par exemple, au milieu du repas, un des cachets :

Fluorure de calcium.	0 gr. 15
Magnésie	0 gr. 10
Facultativement érythrol.	0 gr. 05

[A. ROBIN.]

et surtout combattre la *constipation*, même si le malade ne se croit pas constipé ; user, au début d'une crise, d'un purgatif, et dans les prurits chroniques, tenter périodiquement les laxatifs légers : miel soufré, eau et sels de Châtel-Guyon, et des lavages intestinaux avec 1000 à 1500 gr. d'eau bouillie tiède (v. p. 176).

3° Favoriser l'élimination rénale des toxiques, non par des diurétiques chimiques, mais par des eaux prises à jeun et avant les repas : par exemple, première semaine, eau de Vichy ; troisième semaine, eau de Contrexéville ou de Vittel, ou par des tisanes de queues de cerises, etc.

4° Corriger les troubles glandulaires latents : par exemple, à toute femme jeune, mal réglée, à toute femme proche de la ménopause, ou après la ménopause, tenter, par principe, l'opothérapie ovarienne, puis thyroïdienne.

5° Calmer l'irritabilité nerveuse par tous les moyens possibles :

— repos nerveux, pas de surmenage, pas d'émotion ; si on le peut, quitter son centre d'occupation, s'isoler loin de tout souci, à la campagne, ou plutôt à la montagne à une altitude de 800 à 1500 mètres, en y menant une vie d'exercices modérés, au grand air, sans fatigue.

— *hydrothérapie* : douches tièdes à 34°, 35° à 38°, sédatives, avec une grosse pomme d'arrosoir ou en jet baveux ou en rosée, durant 2 à 5 minutes, une à deux fois par jour, de façon à amener la sédation nerveuse *sans provoquer de fatigue*, la sensation doit être agréable et non pénible. Souvent on terminera par de l'eau fraîche, on fera des massages avec des pommades acides ou goudronnées.

-- bains électriques statiques et surtout effluves de *haute fréquence*.

Les cures hydrominérales réalisent heureusement l'isolement, la cure climatique et l'hydrothérapie : La Bourboule, Bourbonne-les-Bains, Uriage, Néris, Bagnères-de-Bigorre, Bourbon-Lancy, Ussat, Luxeuil, Plombières, Saint-Gervais, Saint-Christau et Moligt, Challes, Cauterets, etc.

6° On se montrera très sobre de médicaments antinervineux ; les moins mauvais sont :

— Teinture de *crataegus oxyacantha*. XXX à C gouttes par jour.

— Extrait fluide américain de valériane . . . 40 gr.

Teinture de valériane 15 gr.

Sirop de menthe 30 gr.

[GAUCHER.]

— Castoreum (en poudre 0 gr. 50 à 1 gr. 50) et *assa foetida*, 2 à 4 grammes en lavements ou en suppositoires ; musc 0,05 à 1 gramme, seul ou associé soit au camphre, soit au chloral, soit à la valériane.

— Acide cyanhydrique, cinq à quinze gouttes de la solution au 1/100 et eau distillée de laurier-cerise 1 à 15 cm³.

— Acide phénique, 3 grammes pour 1 000 de sirop simple, 3 à 10 cuillerées à soupe par jour en dehors des repas, ou acides tartrique, lactique, citrique et même sulfurique en limonade.

— Extrait de guaco 0,40 à 0,50, à chacun des deux repas.

— La teinture de belladone (ou l'atropine) dans les cas graves, l'éther, ou l'extrait d'opium, cinq pilules d'un centigramme, prises d'heure en heure, dans les crises insupportables, valent mieux que la morphine.

La quinine à hautes doses, le chloral et les corps de cette série, les bromures, surtout le bromure d'arsenic (un demi à un milligramme après chaque repas), le salicylate de

soude, l'aspirine, l'atropine, la jusquiame, le datura stramonium, sont délicats à manier, car ils peuvent provoquer des éruptions. Pourtant l'*antipyrine*, 0,50 cgr. une heure avant la crise, est souvent un excellent calmant, de même que l'injection sous-cutanée de chlorhydrate de pilocarpine, cinq à dix milligrammes par jour, particulièrement recommandé dans le prurit sénile.

7° On essayera l'*arsenic*, qui est particulièrement indiqué dans les **lichens**, en se méfiant des poussées aiguës, des pigmentations et des papillomatoses. On emploiera surtout la liqueur de Fowler facile à graduer et l'arséniate de soude 0,004 à 0,020 milligrammes par jour, l'eau de la Bourboule. L'huile de foie de morue est excellente chez les enfants; on peut lui associer l'acide phénique, les dépuratifs végétaux : salsepareille, etc. (voir p. 179).

Dans les lichens rebelles, on expérimentera le bichlorure de mercure, le tartrate double d'antimoine et de potasse, les acides minéraux, la noix vomique, etc.

Dans l'**urticaire** on tentera :

— en cas d'accidents graves, l'effet très rapide des injections sous-cutanées de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1000, par exemple deux injections de 12 à 14 gouttes chacune à dix minutes d'intervalle.

— en cas d'accidents prolongés, le nucléinate de soude 0,20 à 0,50 chez l'enfant dans 10^{cm}³ de sérum physiologique, en injections sous-cutanées en renouvelant une ou plusieurs fois lorsque la poussée fébrile est terminée; 0,20 à 0,50 par jour en ingestion pendant six à dix jours, interrompre et reprendre (Weill); — la quinine à haute dose : 0,50, 0,60 pendant quinze jours, arrêter 8 jours et recommencer en augmentant;

ou :

Bromhydrate de quinine et ergotine. aa 0 gr. 05

Extrait de belladone 0 gr. 002

Savon q. s. pour une pilule 8 à 16 par jour.

l'ammoniaque liquide : XII à XV gouttes dans un peu d'eau aux trois repas; le chlorure de calcium 2 à 4 grammes par jour.

Et surtout en se basant sur les travaux si remarquables de Widal, Abrami, Brissaud et Joltrain¹, on doit tenter un *traitement antianaphylactique alimentaire* : prendre une heure avant les repas une très petite dose des aliments qui produisent l'urticaire, par exemple 0 gr. 50 de peptone en poudre (Pagniez et Pasteur V. Radot).

*
* *

IV. — Traitement externe.

Il faut avoir à sa disposition des moyens infinis, afin de les varier chez un même malade et lui faire prendre patience, car rien n'est plus désespérant que le traitement de certains prurits. Les procédés suivants, loin d'être incompatibles, pourront être avantageusement associés, soit le même jour, soit à quelques jours d'intervalle.

1° Bains, très chauds ou frais, de son, d'amidon, de tilleul, de camomille, de gélatine (250 gr.), d'huile de foie de morue, de vinaigre (1 litre) (v. p. 85). Les bains seront donnés très prudemment, car ils aggravent certains prurits.

Les bains continus ont parfois réussi dans des cas graves. Au sortir du bain, il faut éponger *sans frotter*.

1. Widal, Abrami, Et. Brissaud et Joltrain : Réactions d'ordre anaphylactique dans l'urticaire. La crise hémoclasique initiale. *Soc. méd. des Hôp.*, 13 fév. 1914.

2° **Lotions** très chaudes ou froides, matin et soir et au moment des crises, avec l'eau vinaigrée (100 à 300 p. 1 000)¹, vinaigre de Pennès, etc., ou avec des infusés de *feuilles de coca* (5 à 20 p. 1 000) de *têtes de pavots* (1 à 3 têtes p. 1 000), camomille (15 têtes p. 1 000), guimauve, cerfeuil, ortie blanche, de son, de racine d'aunée (2 p. 100), de houblon, extrait fluide de *grindelia robusta*, feuille de tabac; avec des solutions aqueuses d'acide phénique (10 p. 1 000 et glycérine phéniquée à 5 p. 100), acide tartrique (1 à 5 p. 1 000), acide salicylique (0,25 à 1 p. 1 000); acide cyanhydrique ou plutôt eau de laurier-cerise, lait d'amandes, cyanure de potassium et eau blanche, eau phagédénique, eau chloroformée, éther, extrait de guaco (50 à 200 p. 1 000), *coultar saponiné* (5 à 25 p. 1 000), ichthyol (1 à 10 p. 1 000); sapolan, etc.; *chloral* 10 p. 1 000, sublimé (1 p. 1 000 et sublimé alcoolique à 5 p. 100) ou sublimé et chlorhydrate d'ammoniaque (1 gramme p. 1 000); *résorcine* (10 à 20 p. 1 000), salicylate et bicarbonate de soude associés (1 à 10 p. 1 000), alcool camphré, naphтол, (10 à 20 p. 1 000), atropine, aconitine, etc.; tout a été essayé avec plus ou moins de succès. On se méfiera des corps irritants surtout chez les eczémateux et des susceptibilités individuelles.

On pourra avec avantage appliquer pendant plusieurs heures, pendant la nuit par exemple, aux endroits les plus prurigineux, des **pansements humides** faits avec des compressees imbibées d'une des solutions précédentes (en particulier une cuillerée à café de poudre fine de *guaco*, dissous dans 50 grammes d'eau froide), on recouvre d'un imperméable et on maintient par une bande peu serrée.

1. Par exemple deux cuillerées à bouche de la mixture suivante dans un verre d'eau très chaude :

Acide phénique	1 gr.
Hydrate de chloral	15 gr.
Glycérine	45 gr.
Vinaigre aromatique	180 gr.

3° Certains corps s'emploient en **badigeons**, plutôt qu'en lotion : solution aqueuse de nitrate d'argent au 1/10 deux fois par semaine, dans les prurits localisés¹; solutions de thiol, ichthyol, sapolan, tumenol au 1/40 à 1/5 dans les prurits étendus; alcool camphré, résorciné (2 à 5 p. 100), mentholé (1 à 2 p. 100); huile de camomille camphrée (10 p. 100), huile mentholée (2 p. 100), etc.².

Après les lotions ou badigeons, on usera soit de *poudres*, soit de *pommades*, soit d'une pommade, puis d'une poudre.

4° **Poudres** : d'amidon, lycopode, etc., poudres simples ou associées, pures ou additionnées de corps antiprurigineux : camphre, gaïacol, menthol, acide salicylique 1 à 3 p. 100. Sur les grandes surfaces cutanées, on préférera l'amidon; dans les plis on usera surtout des poudres minérales, talc, etc.

Par exemple :

Amidon.	70 gr.
Carbonate de bismuth	} àà 10 gr.
Oxyde de zinc	
Talc	
Acide salicylique.	1 à 3 gr.

Ou :

Amidon.	60 gr.
Talc	} àà 20 gr.
Oxyde de zinc.	
Camphre	} àà 1 à 3 gr.
Menthol.	

1. Le nitrage est le meilleur traitement des prurits humides, enflammés, macérés, fissurés, infiltrés des plis cutanés; il doit être employé avant tout autre traitement, même avant l'application de « colle » (v. p. 311).

2. Mixture de Bouchard :

Chlorhydrate de cocaïne, hydrate de chloral,	
résorcine.	àà 1 gr.
Glycérine	3 gr.
Alcool	20 gr.
Eau de laurier-cerise.	30 gr.
Eau	44 gr.

On :

Racine de belladone pulvérisée. 2 gr.
Sous-nitrate de bismuth 10 gr.
Poudre de lycopode 40 gr.
[GUENEAU DE MUSSY].

5° Pâtes et pommades. Les excipients seront les crèmes et *cold-cream* frais qui souvent sont les mieux supportés (v. p. 119), le cérat (mélange de 3 parties d'huile et d'une partie de cire), les pâtes à l'oxyde de zinc (v. p. 121), les glycérolés d'amidon faits avec de la glycérine pure, l'axonge fraîche ou même *l'huile de foie de morue*¹, excellente chez l'enfant, le liniment oléo-calcaire, etc.

Ces excipients sont employés purs ou épaissis par de l'oxyde de zinc, du kaolin, du talc (pâtes inertes).

Ces pâtes inertes sont employées pures ou additionnées d'un ou de plusieurs des corps suivants : menthol 1 à 2 p. 100, camphre 1 à 2 p. 100, gaïacol 1 à 3 p. 100; acides salicylique 1 à 2 p. 100, phénique 1 à 2 p. 100, tartrique 3 p. 100, cyanhydrique 0,01 à 0,10 centigrammes p. 100 de la solution au 1/100; naphтол 1 à 2 p. 100; goudron de houille ou de hêtre 3 à 10 p. 100²; tuménol, sapolan, thigénol, huile de cade 10 à 50 p. 100 et baumes complexes de Baissade, de Duret, etc. On peut incorporer aux pâtes l'un des corps signalés à propos des lotions : résorcine 1 à 20 p. 100, etc. On peut associer plusieurs de ces corps entre eux : menthol, hydrate de chloral, camphre aa — ou menthol 0,50 à 1, phénol 1 à 2, acide salicylique 2 à 1 p. 100, etc. Dans certains prurits localisés intolérables, on usera même de la cocaïne, stovaïne, morphine.

1. L'huile de foie de morue est un excellent médicament, malheureusement nauséabond. Elle est souvent seule à réussir dans les prurigos infantiles; l'huile blanche est préférable au moment des poussées, l'huile blonde pendant les accalmies, associée ou non à l'acide phénique 1 p. 100, au naphтол 5 p. 100.

2. Ces pâtes au goudron ont l'avantage de pouvoir être employées sur des surfaces irritées, eczématisées ou irritables

Par exemple :

Huile de foie de morue blonde. . .	300 gr.
Cire blanche. . .	100 gr.
Acide phénique . . .	2 à 8 gr.
On parfume avec l'essence de menthe, 1 à 4 gr.	

Ou :

Glycérolé d'amidon. . .	90 gr.	} Glycérolé aux 3 acides.
Acide tartrique. . .	3 à 6 gr.	
Acide salicylique. . .	2 à 3 gr.	
Acide phénique . . .	1 à 2 gr.	

[VIDAL].

Ou :

Oxyde de zinc, talc, huile d'amande douce. ââ 30 gr.

Menthol. . .	} ââ 1 gr.
Gaiacol. . .	
Camphre . . .	

(On pourrait ajouter encore à cette formule, 1 à 5 p. 100 de phénol, de chloral.)

[GAUCHER].

Ou :

Cocaïne . . .	1 gr.	} ââ 10 gr.
Oxyde de zinc . . .		
Talc . . .		
Amidon . . .		
Alcool . . .		
Eau . . .		
Glycérine. . .		

Ou :

Vaseline. . .	20 gr.	} ââ 10 gr.
Lanoline anhydre . . .		
Eau de laurier-cerise. . .		
Eau de rose . . .		
Eau de fleur d'oranger . . .		

[DARIER].

Le malade fera deux épaisses onctions par jour, matin et soir, en poudrant par-dessus avec l'amidon ou l'une des poudres précédentes; il protège soit avec des bandes de toile fine, soit avec des caleçons et maillots que l'on ne renouvellera que tous les huit jours afin qu'ils restent imbibés du médicament.

6° Si les moyens précédents ont échoué, ou d'emblée dans les prurits graves ou tenaces, on usera des **occlusifs** : *emplâtres, vernis¹ et pellicules*, dans les prurits localisés; **colles** dans les prurits localisés ou étendus. Les colles, trop peu employées par les médecins français, font merveille même dans les *prurits anciens ou lichénisés*, où l'on doit les employer d'emblée.

Les **emplâtres** sont employés purs ou additionnés d'un antiprurigineux : emplâtre à l'*huile de foie de morue*, avec ou sans acide phénique et naphтол; emplâtre à la résorcine, à l'acide salicylique; emplâtre à la glu, etc. On les laisse en place vingt-quatre à quarante-huit heures; on surveillera leur emploi car ils peuvent irriter.

La meilleure formule de **colle** est celle de l'hôpital Saint-Louis :

D'une part, faire fondre doucement :

Gélatine.	150 gr.
Grenétine (gélatine pure) . . .	100 gr.
Eau bouillie.	300 gr.

D'autre part mélanger peu à peu :

Gomme arabique	5 gr.
Glycérine	300 gr.
Oxyde de zinc.	100 gr.

Verser le 1^{er} mélange filtré sur toile dans le 2^e mélange en agitant :

Ajouter en dernier :

Phénolsalyl	2 gr.
Essence de menthe	Q. s.

[PORTES].

1. Certains corps actifs qui en séchant forment un enduit, peuvent être employés : goudron, thiol, tumenol, thigenol, ichthyol, baume du Pérou. Pour les étendre plus facilement sur la peau, on les dilue d'un peu d'éther et d'alcool. Ce procédé est excellent, mais malheureusement l'enduit formé est malpropre.

Couler dans un pot de porcelaine et conserver à l'abri de l'humidité.

On peut additionner ces colles de camphre, menthol, gaïacol, etc. (v. ci-dessus les corps associés aux pâtes et p. 129).

On ramollit lentement le pot de colle au bain-marie (il faut une heure au moins); quand la colle est liquéfiée, on place le malade debout, les pieds sur un journal. On éteint le feu, mais on laisse le pot dans l'eau chaude, on trempe un pinceau dit queue de morue dans la colle et on la refroidit au point voulu en laissant le pinceau à l'air quelques secondes; on tâte du doigt pour juger de la chaleur et on applique aussitôt par larges coups, et en plusieurs couches. Le badigeonnage terminé sur une région, on se hâte de la fouetter avec des flocons d'ouate afin que la gélatine déjà à moitié solidifiée agglutine une mince couche de coton. L'enduit est pris au bout de quinze à vingt minutes, le malade peut s'habiller sans se protéger et sans salir ses vêtements.

Si, les jours suivants, des lambeaux se détachent, on remet « une pièce ». Au bout de six à huit jours, on enlève l'enduit en le décollant au besoin avec de l'eau chaude et on remet une couche neuve, etc.

En même temps, on peut employer l'ingénieuse et inoffensive technique de Sicard : *l'injection sous-cutanée d'air* aux régions les plus prurigineuses.

7° Dans les prurits fugaces récidivants, mobiles, localisés, par exemple dans l'urticaire, on soulagera les malades par des **pulvérisations** avec :

Menthol	10 gr.
Alcool camphré	} à 30 gr.
Éther	
Chloroforme.	

[GAUCHER]

MOYENS LOCAUX ÉNERGIQUES CONTRE LES DERMATOSES
PRURIGINEUSES INFILTRÉES OU NON :

papules de prurigo, lichen, lichénisations

Le traitement de choix comprend :

— l'application de colle pure ou additionnée de substances antiprurigineuses (p. 341).

— la radio ou radiumthérapie à doses faibles (3 H.) de rayons peu pénétrants et haute fréquence.

En cas d'échec, on tentera d'abord les applications d'emplâtres en bandelettes imbriquées, on les enlève toutes les vingt-quatre heures, et on lave à l'éther, puis à l'eau avec ou sans savon : — E. rouge de Vidal; — E. ichthyolé et résorciné au 1/50; — E. salicylé de 1/50 à 1/10; — E. à l'acide pyrogallique; — E. mercuriel de Vigo, etc. Lorsque l'inflammation est trop vive, on la calme par une pâte à l'oxyde de zinc.

Sur les surfaces trop étendues où l'on ne peut appliquer d'emplâtres, et si l'on ne peut user des colles gélatineuses, on fera une onction soit avec la pommade salicylique 1 p. 100 à 10 p. 100 ou le glycérolé aux trois acides, soit avec une pommade mercurielle : oxyde jaune ou calomel 1 p. 100 à 3 p. 100 : on nettoye, matin et soir, avec des lotions chaudes au sublimé au 1 p. 1000 et on surveille la tolérance générale et locale.

Puis si ce traitement échoue, on essaiera des :

— Nitratages et badigeons avec des solutions de bleu de méthylène ou d'acide picrique au 1/100 à 1/50, ou avec la solution : sublimé 1 gramme, acide phénique, 20, eau, 500 (Unna); ou avec le permanganate au 1/10; ou avec la teinture d'iode pure ou diluée; on essaiera des pansements humides avec les lotions les plus

énergiques (voir page 307) afin de ramollir l'épiderme.

— Pâtes graduées : goudronnées, cadiques, résorcinées et salicyliques, naphtolées, pyrogalliques, chrysophaniques (v. p. 234-236). Lailler, dans les lichénisations diffuses, non irritables, recommandait la méthode exfoliante : mélange à parties égales de savon noir, huile de cade et soufre ou pâte résorcinée, etc., (v. p. 359). Leistikof associe goudron, soufre, naphtol; le goudron est surtout indiqué lorsque la peau est épaissie, il est contre-indiqué dans les pyodermites. On a encore usé d'un mélange de savon noir et acide salicylique, etc.

— Collodions et traumaticines à l'acide salicylique, au sublimé, etc. (v. Psoriasis, p. 236).

Enfin dans les cas rebelles on tentera sans tarder :

— Douche tamisée de Saint-Christau (P. Bénard).

— Douche chaude, filiforme, sous forte pression avec de l'eau pure ou de l'eau minérale : eau de La Bourboule, (Veyrières), ou de Saint-Christau, avec ou sans massage au cold-cream et au sapolan, etc.

— Scarifications, et même curettage, thermocautérisation, suivie de pansement avec le liniment oléo-calcaire phéniqué.

Dans le prurit anal, qui est parfois un supplice insupportable, on a sectionné avec succès les nerfs cutanés soit au bistouri¹, soit avec des injections d'alcool².

1. « Après anesthésie à la cocaïne, on fait des deux côtés de l'anus des petites incisions par lesquelles on introduit sous la peau l'extrémité des ciseaux mousse et on sectionne, parallèlement à la peau, le tissu sous-cutané autour de l'anus, de façon à sectionner les nerfs sous-cutanés. On assure le drainage de la plaie pendant la première journée; au bout de 48 heures, la cicatrisation est généralement terminée. » (Lynch.)

2. La technique est très délicate : « Si, introduite profondé-

TRAITEMENT DES LÉSIONS MUQUEUSES :

Lichen plan buccal.

Au début on se contentera de simples gargarismes avec le chlorate de potasse ou l'eau de Saint-Christau et souvent on aura la satisfaction de voir le lichen des muqueuses disparaître sous l'influence du traitement général (arsenic, etc.), sans autre traitement local.

Si le lichen buccal tend à s'éterniser, on essaiera les attouchements quotidiens ou bi-quotidiens avec les solutions aqueuses de permanganate de potasse ou de sulfate de cuivre 1 à 10 p. 100, de sublimé 1 à 2 p. 1000, avec la solution iodo-iodurée de Gram, etc., la radiothérapie.

ment, l'injection vient au contact des nerfs moteurs, il en résulte parfois une paralysie du sphincter et de l'incontinence. Si l'injection est faite trop superficiellement, une escarre superficielle en est la conséquence... On peut faire une anesthésie locale avec de la novocaïne à 1 p. 100 et on injecte ensuite de l'alcool à 95. L'aiguille est enfoncée verticalement à travers toute l'épaisseur de la peau, puis on l'incline de telle façon qu'elle est presque parallèle à la surface cutanée. L'aiguille doit être mobile dans le tissu cellulaire sous-cutané; à ce moment seulement, on doit pousser l'injection. » (Hawey Stone.)

CHAPITRE V

DERMATOSES ÉRYTHÉMATEUSES ET DESQUAMANTES GÉNÉRALISÉES

DERMATITES EXFOLIATRICES (SYNONYMIE : ÉRYTHRO-
DERMIES EXFOLIANTES GÉNÉRALISÉES, HERPÉTIDES
BÉNIGNES ET MALIGNES, CACHEXIE CUTANÉE),
PITYRIASIS RUBRA GRAVE, ETC.

I. Diagnostic symptomatique, p. 316.

II. Diagnostic nosologique et pronostique, p. 317 : Dermatite
exfoliatrice et pityriasis rubra gravé, p. 320.

III. Traitement, p. 323.

Addendum : Erythrodermies des nouveau-nés et des nourris-
sons, p. 325.

Ce problème clinique se pose rarement et a surtout un
intérêt pronostique.

I. — Diagnostic symptomatique.

Le diagnostic symptomatique est facile : la peau des
malades est *rouge, luisante, enflammée, desquamant* en
squames et en lames sèches plus ou moins abondantes,
sur la totalité ou la presque totalité des téguments. La
desquamation persiste *des semaines et souvent des mois*,

presque toujours elle est *très démangeante*. Mais le problème pronostique et thérapeutique est plus complexe, car ce syndrome cache des affections disparates qu'il importe de distinguer au point de vue pronostique.

*
* *

II. — Diagnostic nosologique et pronostique.

I. On élimine tout d'abord les dermatoses rouges desquamantes généralisées, *passagères*, d'ordinaire bénignes :

— Épidermites microbiennes qui souvent débudent par de l'intertrigo, des bulles d'impétigo, etc., des éléments circinés de pityriasis stéatoïdes, ou autour d'une fistule d'abcès, de pleurotomie, etc. (v. p. 398, 755, 761, 780). Plus fréquentes qu'on le croit, ces épidermites ont une grande importance pratique¹.

1. J'ai insisté sur ces « épidermites microbiennes érythémato-squameuses généralisées simulant une dermatite exfoliatrice », à plusieurs reprises, notamment dans le *Journal des Praticiens*, 1917, n° 26; car ces épidermites opposent un pronostic bénin et leur curabilité au pronostic sombre et à l'incurabilité fréquente des dermatites exfoliatrices.

Quels sont les éléments de diagnostic? « On ne les trouve pas, disais-je, dans la lésion rouge desquamante qui ressemble à toutes les dermatites exfoliatrices, érythèmes scarlatini-formes, etc., mais dans l'évolution et dans les éléments associés. L'évolution est rapide; les lésions ne surviennent pas sur dermatose ancienne, eczéma, psoriasis, etc. Elles commencent d'ordinaire par une lésion microbienne : fistule de pleurotomie, abcès axillaire, intertrigo rétro-auriculaire, etc. Elles coexistent avec des lésions microbiennes : impétigo du visage, épidermite suintante des oreilles, intertrigo rétro-auriculaire, teigne amiantacée du cuir chevelu, soi-disant eczéma séborrhéique de

— Scarlatine et érythèmes scarlatiniformes récidivants infectieux ou toxiques (v. p. 452, 454, 686).

— Éruption médicamenteuse, scarlatiniforme (*mercurielle*), d'étiologie spéciale, commençant par les plis inguinaux, etc.

— Eczéma généralisé aigu : eczéma rubrum, qui n'est jamais totalement généralisé et forme des disques recouverts de vésicules suintantes (v. p. 160).

— Psoriasis scarlatiniforme où, sur le fond de rougeur diffuse, on finit par découvrir des éléments squameux caractéristiques du psoriasis au grattage (v. p. 213, 215, 317, note 1).

— Lichen aigu (v. p. 282).

— Gale norvégienne, équine, qui peut même envahir la face et le cuir chevelu. « Les squames croûteuses et poudreuses prédominent aux mains et aux pieds, le prurit n'est pas excessif. On ne découvre aucun sillon ; mais la moindre squame portée sous le microscope fourmille de sarcoptes de tous âges. » (Darier.)

Ces affections restent bénignes, mais il ne faut pas ou-

la face, épidermite microbienne avec ecthyma ou folliculites des repaires velus, abcès axillaires, etc.

« Mais le diagnostic peut être difficile, voire même impossible, car l'épidermite généralisée peut être l'aboutissant d'une épidermite microbienne en placard méconnue donc rebelle et cataloguée eczéma ou psoriasis et l'on croira à une « dermatite exfoliatrice », succédant à un eczéma. Les dermatites exfoliatrices et surtout les érythèmes scarlatiniformes peuvent avoir une évolution rapide en quelques jours. Les dermatites exfoliatrices, lésions aseptiques au début, mais favorisant la pullulation microbienne, peuvent se mêler d'éléments d'infection épidermiques : impetigo, folliculites, abcès, etc. » Par conséquent, « il faut penser aux épidermites microbiennes dans tous les cas d'érythrodermie exfoliante et tenter prudemment le traitement d'épreuve des épidermites. » (V. p. 761, 780, 782 et 792.

blier que plusieurs et surtout l'érythème scarlatiniforme récidivant peuvent aboutir aux formes graves, aux dermatites exfoliatrices.

II. On élimine ensuite des affections *chroniques*, plus ou moins généralisées : eczéma et surtout prurigos infantiles eczématisés, psoriasis universalis¹, dermatite polymorphe douloureuse (maladie de Dühring), pemphigus foliacés, lichen plan, pityriasis rubra pilaire, etc., même la lèpre et la syphilis (v. *Traitement de la syphilis*, p. 462, note 1), en cherchant les lésions caractéristiques de chacune de ces affections : vésicules eczémateuses suintantes, squames nacrées psoriasiques, bulle herpétiforme, squames humides et larges et débris de bulles dans le pemphigus, papules de lichen, cônes cornés du pityriasis rubra pilaire, etc.

Ces dermatoses déjà graves par elles-mêmes peuvent être encore aggravées par leur transformation en dermatite exfoliatrice, surtout les pemphigus.

III. Il faut encore discuter le diagnostic de deux érythrodermies *mortelles* : les « érythrodermies prémycosiques » et les « E. leucémique » (ou « leucémique érythrodermique »).

— Une érythrodermie, plus ou moins généralisée, débutant par des plaques rouges très prurigineuses envahissant lentement ou rapidement tout ou presque tout le tégument, peut précéder l'apparition des tumeurs du mycosis fongoïde, de trois mois, un an, dix ans. *Le prurit*

1. Darier a obtenu des guérisons presque complètes, mais toujours temporaires, à l'aide d'injections « mercurielles, au calomel ou à l'oxyde jaune ». Bory, nous-même avons obtenu des guérisons par le soufre (v. p. 222) et Balzer avec des grands bains au permanganate de potasse bihebdomadaires (10 à 20 gr. par bain).

est intense, « *inextinguible* », usant les ongles, résistant souvent à toute thérapeutique; la rougeur diffuse totale est scarlatiniforme plus violacée dans les plis cutanés et aux membres inférieurs, la desquamation est souvent minime, lamelleuse, sèche, la peau s'épaissit, s'œdématie, forme des *bourrelets* vers les grands plis; les *adénopathies* sont presque constantes, la plupart des poils tombent, mais les ongles restent d'ordinaire intacts; les phénomènes généraux sont inconstants, marqués par des poussées fébriles, etc., ou nuls. L'évolution est très variable, elle peut présenter des rémissions heureuses, ou amener la mort avant l'éclosion des tumeurs (v. p. 664).

— Une érythrodermie peut annoncer ou révéler une leucémie jusque là méconnue. Son aspect est analogue à celui des érythrodermies prémycosiques. « Peut-être la desquamation est-elle plus abondante, le prurit moindre; mais surtout on constate, outre les adénopathies, de l'hypertrophie de la rate et une lymphocytose absolue ou relative dans le sang. Quelquefois on a noté l'apparition de petits nodules dans la peau. La mort est fatale et peut survenir en moins de deux ans. » (Darier.)

IV. Il reste enfin un groupe confus de dermatoses érythémateuses et desquamantes de pronostic presque toujours très grave, souvent mortel, auxquelles il faut éviter de donner des noms trop précis qui feraient croire à des entités morbides bien définies. Dans ce groupe de faits disparates et nombreux, on peut, surtout au point de vue pronostique, distinguer trois types cliniques : — 1° la *dermatite exfoliatrice*, véritable cachexie cutanée subaiguë, avec fièvre et desquamation lamelleuse souvent abondante, qui parfois guérit; — 2° le

pemphigus foliacé avec bulles avortées (etc.), d'évolution lente chronique extrêmement grave (v. p. 266); — 3° le *pityriasis rubra grave* : affection chronique moins desquamante que les dermatites exfoliatrices, atrophiante, qui tue presque sans exception et qui est due, dans la plupart sinon dans tous les cas, à la tuberculose.

Tantôt ces affections sont ou semblent *primitives* :

La **dermatite exfoliatrice** généralisée a une évolution subaiguë, au moins dans les premiers mois. Le début est plus ou moins insidieux. La période d'état est caractérisée par une rougeur intense souvent érysipélateoïde généralisée du derme, par une *desquamation abondante en larges squames et lamelles*, desquamation répétée et prolongée, par la chute des poils et des ongles, par des phénomènes généraux : fièvre constante au début, montant parfois à 40°, prostration, affaiblissement, parfois cachexie mortelle (la mort survient dans 1/6 des cas). Mais souvent, après trois à six mois, la guérison survient, parfois retardée jusqu'à huit, dix, douze mois par des rechutes. Quelquefois, l'affection devient chronique, durant plusieurs années, entrecoupée de poussées et de rémissions (*forme chronique*). Ces dermatites exfoliatrices semblent être des cachexies cutanées; la peau surmenée, « insuffisante », ne se défend plus, se répare mal, et son processus de réparation est incomplet, dévié ou excessif;

Le **pityriasis rubra grave** de Hebra-Jadassohn a une allure essentiellement chronique et progressivement grave. Son début est lent, insidieux, les plaques rouges apparaissant le plus souvent dans les plis articulaires. Peu à peu, en six à vingt-quatre mois, la rougeur se généralise, les squames restent sèches, sans suintement, presque

toujours *petites et fines*, moins larges et moins abondantes que dans la dermatite exfoliatrice; *le derme s'indure*, s'épaissit, *la peau est raide et tendue*, gênant les mouvements; les poils tombent; le prurit est modéré ou nul, exceptionnellement très vif. La réaction générale est peu marquée: *pas de fièvre*; les malades accusent une pénible sensation de froid et des frissonnements. A la dernière période, *la peau s'atrophie, s'amincit, se rétracte*, se sclérose, entravant les mouvements des paupières, des lèvres, des membres, etc. La cachexie s'aggrave: diarrhée, etc.; des ulcérations peuvent survenir; le malade meurt d'infection intercurrente ou de tuberculose viscérale. Et en effet, la plupart de ces pityriasis rubra sont des *tuberculoses* cutanées généralisées.

Tantôt ces affections sont *secondaires* à une autre dermatose: eczéma, psoriasis, « eczéma séborrhéique », lichens, pityriasis rubra pilaire, dermatites polymorphes douloureuses, pemphigus, etc. — Les unes, proches des erythèmes scarlatiniformes, sont peu graves, de courte durée (*herpétides bénignes*), bien que totalement généralisées; elles guérissent, mais dans la suite il faudra éviter les irritations externes (acide chrysophanique, acide pyrogallique, mercuriaux), et certains médicaments internes (mercuriaux, arsenicaux), qui, presque toujours, ont été la cause principale ou favorisante de la première poussée. — Les autres, *herpétides malignes* ou *dermatites exfoliatrices*, surviennent à la période ultime d'une de ces dermatoses rebelles, chez des sujets débilités et cachectiques, constituant une véritable *cachexie cutanée*. Le prurit est fréquent, mais non constant, souvent intense, continu; peu à peu l'état général s'aggrave: amaigrissement, diarrhée, etc., et le malade

finit par succomber cachectique, à moins qu'il ne soit emporté par une complication : érysipèle, pneumonie. — D'autres enfin sont un *pityriasis rubra grave*, c'est-à-dire une tuberculose cutanée, venant compliquer une dermatose cachectisante.

L'erreur de diagnostic la plus importante étant de prendre une *épidermite microbienne généralisée* curable pour une de ces dermatites, je conseille de toujours *tenter le traitement très prudent des épidermites* (v. p. 782) en ajoutant des grands bains bihebdomadaires au permanganate de potasse : 6 à 12 gr. par bain (Balzer).

*
* *

III. — Traitement.

Dermatites exfoliatrices généralisées secondaires ou primitives. — Le traitement *général* cherche à supprimer les causes révélées par l'examen, et se rapproche beaucoup de celui de l'eczéma (v. p. 174) : — Repos au lit et à une température uniforme. — Régime sévère lacto-végétarien, au moins au début en évitant la dénutrition ; plus tard, on pourra autoriser la viande en petite quantité. — Corriger les troubles gastro-intestinaux : stimuler l'appétit par des amers, gouttes de Baumé, etc. — Faire des lavages intestinaux, et combattre la constipation. — Favoriser la diurèse. — Remédier aux troubles organiques (opothérapie). — Remonter l'état général, en donnant des glycérophosphates, fer, quinquina, strychnine (se méfier de l'arsenic). — Combattre la fièvre par la quinine et l'extrait mou de quinquina. — Supprimer les mercuriaux, l'iodure de potassium. — Tenter

l'ergotine associée à la quinine, comme dans les dermatites polymorphes douloureuses (v. p. 260).

Le *traitement local* comprendra :

— Supprimer toutes les irritations cutanées, surtout les applications irritantes chrysophaniques, mercurielles, etc.

— Appliquer des bains continus; si on ne le peut pas, on donnera des bains prolongés de deux, trois, quatre heures, réchauffés, additionnés de 5 000 grammes de graine de lin, ou de 500 à 1 000 grammes de gélatine; on tentera les bains au permanganate de potasse 0,01 p. 100 ou de sulfate de cuivre 0.01 p. 100.

— Dans l'intervalle des bains : 1° graisser la peau avec de l'axonge fraîche, du liniment oléo-calcaire, du cold-cream frais, de l'huile de foie de morue blanche ou blonde, etc.; 2° protéger les parties fragiles ou qui frottent par un pansement au liniment oléo-calcaire et ouaté; 3° poudrer la chemise et les draps.

R. Croker préconise la pommade suivante :

Amidon	} aa 100 gr.
Oxyde de zinc	
Vaseline	
Lanoline	
Huile d'olives.	

St. Mackenzie recommande un mélange de : « une once de glycérolé de sous-acétate de plomb, une once de glycérine, une pinte d'eau bouillie ».

Si les démangeaisons sont intenses, on ajoutera à ces corps gras, notamment au liniment oléo-calcaire, des antiprurigineux : 0,50 p. 100 d'acide phénique ou d'essence de menthe, 1 p. 100 de camphre, de gaiacol, 15 p. 100 de goudron, etc., en choisissant les mieux supportés (v. p. 310).

Pityriasis rubra de Hebra. — On appliquera le même traitement local : bains continus ou prolongés, liniment oléo-calcaire, poudres. Mais le traitement général cherchera à combattre la tuberculose : légère suralimentation, viande crue, huile de foie de morue, arsenic à faibles doses; et surtout, d'après Kaposi, acide phénique à la dose quotidienne de 0,50 à 1^{re},50.

* * *

Érythrodermies des nouveau-nés et des nourrissons.

Le diagnostic est souvent difficile.

Au moment de la naissance, on peut observer les deux dermatoses suivantes :

— *Desquamation lamelleuse des nouveau-nés.* — C'est l'exagération de la desquamation physiologique des nouveau-nés; elle peut se prolonger jusqu'au 30^e, 60^e jour. Les squames sont fines ou lamelleuses; exceptionnellement, l'enfant naît dans une sorte de sac collodionné qui se fendille, se détache en grands lambeaux. La peau redevient normale plus ou moins rapidement.

— *Ichthyose congénitale.* — Tantôt elle est bénigne, avec ou sans bulles (v. p. 254 et traitement, p. 702), tantôt grave, incompatible avec la vie (Keratome malin diffus congénital). L'enfant, prématuré ou né à terme, a une peau horrible à voir : rouge, recouverte de squames épaisses, larges, croûteuses. La peau, tendue et fissurée, semble trop courte, empêchant les mouvements de la tête.

Peu après la naissance, on peut observer : — l'*eczéma*; — des *épidermites microbiennes* (v. ci-dessus p. 317, note 1 et *Journal des Praticiens*, 1917, n^o 50) très importantes en pra-

tique¹; — des *érythrodermies infectieuses* : par exemple la *dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle* (de Ritter von Rittersheim). Débutant le plus souvent par le pourtour de la bouche des nourrissons âgés d'une à cinq semaines, elle se généralise bientôt à tout le tégument, pour atteindre, en dernier lieu, les pieds et les mains. La peau, rouge pourpre, desquame en larges lames sèches. Il existe parfois des bulles. Les symptômes généraux : fièvre, etc., sont de règle. La mort survient dans la moitié des cas, souvent en moins d'une semaine.

Dans les premiers mois de la vie, on peut rencontrer des : — *Érythrodermies toxiques, alimentaires, médicamenteuses*; — *eczéma*; — *épidermites microbiennes* (*pityriasis rubra séborrhéique*), etc., analogues à celle des adultes.

C'est dans l'enfance que commence le prurigo à poussées successives, puis chronique, qui ne tarde pas à se compliquer d'eczéma (v. p. 294).

1. Voir page 792, le *Traitement de ces épidermites infantiles*.

CHAPITRE VI

SÉBORRHÉE ET DERMATOSES ASSOCIÉES

- I. — SÉBORRHÉE (ou hypersécrétion séborrhéique) de la face et du cuir chevelu : sa complication, l'alopécie séborrhéique, p. 328.
— Traitement général, p. 332.
— Traitement local de la séborrhée de la face et des parties glabres, p. 334.
— Traitement local de la séborrhée des régions pileuses et des alopecies séborrhéiques, p. 337. Les trois principes du traitement. Cas les plus fréquents : 1° **Séborrhées légères** : lotions sulfureuses, p. 338; traitements accessoires par le naphтол, p. 339; par la résorcine, p. 340. — 2° **Séborrhées de moyenne gravité** : Lotions soufrées, p. 340. — 3° **Séborrhées rebelles** : Pommades soufrées simples et composées, p. 342. — 4° **Séborrhées fluentes** : Poudres soufrées, p. 343. — Traitements accessoires par les mercuriaux, p. 344; traitements divers, p. 345.
- II. — DERMATOSES ASSOCIÉES OU COMPLIQUANT LA SÉBORRHÉE (ancien groupe de l'eczéma séborrhéique). Vue d'ensemble : Classification, nécessité de démembrer l'ancien eczéma séborrhéique, déductions thérapeutiques, p. 347.
- 1° **Infections pilo-sébacées, staphylococciques et autres : les acnés**, p. 352. Acnés comédons ou ponctués; Acnés polymorphes, p. 353; A. pustuleuse; A. phlegmoneuse; A. furonculaire; Acné chronique indurée; Acné chéloïdienne, p. 353; Acné varicelloïdiforme, p. 354.
Traitement général, p. 355.
Traitement local, p. 357. La peau est irritable, p. 357. La peau n'est que peu irritable, p. 357. La peau n'est pas irritable, p. 358. L'acné est rebelle : cure d'exfoliation, p. 359. Traitement des pustules, p. 361.

- 2° **Infections streptococciques en surface**, p. 363 : I. Streptococcies humides et suintantes : impetigo, intertrigo rétro-auriculaire, etc., avec ou sans eczématisation, p. 363. — II. Streptococcies sèches furfureuses : Pityriasis faciei et des parties glabres. Traitement, p. 364. — III. Formes associées et de transition, p. 366.
- 3° **Pityriasis simplex capitis** (infection du cuir chevelu par le pityrosporon de Malassez), p. 368 : pityriasis sec ou pur; pityriasis gras ou sur-séborrhéique et alopécie; pityriasis capitis compliqué de pityriasis stéatoïde, d'eczématisation, etc.
 Traitement : — chez les enfants, p. 369; — chez les adolescents et les adultes atteints de pityriasis *sec*, p. 370; — chez les adultes atteints de pityriasis *gras*, p. 371.
- 4° **Pityriasis stéatoïdes nummulaires et circinés, péripilaires et punctiformes**. Traitement, p. 373.
- 5° **Eczémas, pityriasis rosé, psoriasis, épidermites microbiennes et autres éruptions indéterminées sur-séborrhéiques**, p. 376 : I. Eczémas sur-séborrhéiques. — II. Éruptions ressemblant aux pityriasis rosés de Gibert. — III. Éruptions psoriasiformes, leur complexité, nécessité de les dissocier pour les traiter. — IV. Éruptions indéterminées : importance des dermoépidermites microbiennes, streptococciques, etc.
- Résumé : Règles thérapeutiques de ces dermatoses complexes, p. 379.

I. — SÉBORRHÉE

Le problème clinique est dominé par la notion d'un terrain spécial dit séborrhéique¹. La séborrhée (séborrhée grasse), qui caractérise ce terrain séborrhéique, est l'exagération pathologique de la sécrétion normale des glandes sébacées. Le terrain séborrhéique est d'importance capitale à connaître, car il sert de substratum à

1. D'après une très intéressante conception de Darier, la séborrhée est la manifestation principale d'un terrain morbide plus général : la *kérose*. La kérose est caractérisée cliniquement : 1° par une coloration jaune sale bistrée ou grisâtre de l'épiderme; 2° par une accentuation des pores pilo-sébacés; 3° par un léger épaissement des téguments.

des dermatoses multiples (v. p. 347), dont le traitement est dominé par celui du terrain séborrhéique.

La séborrhée est facile à diagnostiquer :

1° La peau est grasse au toucher, luisante à la vue ; une feuille de papier de soie appliquée sur cette peau est tachée de points grasseux. Souvent des gouttelettes perlent des pores sébacés. Très marquée, le flux séborrhéique prend le nom de séborrhée *fluente* ou séborrhagie. Concrétée en croûtes molles jaunâtres mêlée à des squames, recouvrant un épiderme rosé et souvent douloureux, la séborrhée est dite *concrète*.

2° Les orifices des glandes sébacées sont dilatés et le plus souvent remplis par un cylindre grasseux, qui, exprimé, s'écoule en forme de filament vermiciforme¹. Lorsque la poussière a noirci les filaments, et par conséquent tiqueté la peau de points noirs, on dit : *Seborrhea nigricans*.

La peau est souvent d'aspect jaunâtre et sale (Kérose de Darier), d'une odeur *sui generis* due au sébum ; elle peut paraître épaissie, le nez est tuméfié et les joues sont comme gonflées, gardant souvent l'empreinte des doigts. Très rarement la séborrhée est démangeante. Au cuir chevelu, l'*alopécie* ne tarde pas à apparaître et à progresser, donnant le type bien connu, dit hippocratique.

La séborrhée, presque toujours symétriquement dis-

1. C'est le « filament séborrhéique ». Le coccon ou utricule séborrhéique est formé de cellules cornées du pore et du collet du follicule disposées concentriquement ; il résulte de l'infection par le microbacille de Sabouraud. Le « comédon », bouchon corné obturant l'orifice du follicule, est le stade ultime de cette kératose et le commencement de l'acné (v. p. 349, 353),

tribuée, a trois centres principaux : — 1° à la face, surtout sur le nez, les sillons nasogéniens, le front ; — 2° le cuir chevelu ou vertex ; — 3° le tronc, surtout les régions médianes, pré-sternale et inter-mammaire en avant, inter-scapulaire en arrière : celle-ci dessine une sorte de triangle à sommet inférieur, dont la base serait au cou. Elle atteint encore la nuque, le pourtour de l'ombilic, la région sacrée et périanale.

La séborrhée débute d'ordinaire au moment de la puberté, de douze à dix-huit ans. « Pendant une longue période qui va de l'adolescence à la fin de la maturité, l'infection séborrhéique ne cesse de s'accroître lentement ; alors les centres séborrhéiques se regagnent et fusionnent entre eux », elle dure des années et s'atténue avec l'âge ; elle a deux maxima à la puberté, à la ménopause.

Deux notions dominent l'étiologie et la pathogénie, et par conséquent la thérapeutique : — notion des troubles généraux et prédisposition congénitale, — notion d'infection cutanée. Les conceptions trop absolues ne voient que l'une ou l'autre : toutes deux interviennent, et en thérapeutique il faut tenir compte des deux.

— L'influence des troubles généraux n'est pas douteuse : apparition vers la puberté et évolution parallèle à l'activité des glandes sexuelles ; corrélation avec une dyspepsie gastro-intestinale, avec la constipation ; importance d'une alimentation défectueuse : intoxication alimentaire ou médicamenteuse iodurique, bromurique, etc. ; importance des troubles nerveux : les chagrins, les préoccupations, le surmenage, les excès, le travail cérébral augmentent momentanément le flux séborrhéique. Le dysfonctionnement glandulaire thyroïdien, ovarien et utérin, les troubles menstruels, surtout les troubles

circulatoires (dont témoignent les poussées congestives du visage et la sensation de froid aux pieds), une mauvaise hygiène générale ont une influence manifeste. Il faut encore noter les prédispositions de race, de famille, en particulier chez les scrofulo-lymphatiques, chez les neuro-arthritiques, etc., et la transmission héréditaire de cette prédisposition, etc.

Un traitement rationnel doit donc s'appuyer sur un examen complet de chaque malade et devra chercher à corriger les prédispositions acquises et héréditaires, les fautes d'hygiène générale et locale.

— L'infection n'est pas contestable : Dans le cocon qui succède au filament séborrhéique, existe par millions et en culture pure un germe spécial qu'on ne rencontre pas ailleurs : le micro-bacille séborrhéique de Sabouraud. Trop souvent sur ce terrain se développent d'autres infections : staphylococcies donnant de l'acné, streptococcies provoquant le pityriasis faciei, l'impetigo et les intertrigos des plis cutanés, etc., trichophyties, etc. En un mot, le séborrhéique est atteint, le plus souvent, de plusieurs affections cutanées.

Le traitement local sera donc avant tout antimicrobien : soufre, etc.

Pourtant la séborrhée peut rester sans complication, constituant au visage une difformité plus ou moins désagréable et déterminant au vertex l'alopécie. Il faut même se rappeler que la fréquence des complications n'est pas proportionnelle à l'intensité de la séborrhée ; tout au contraire, ainsi que Sabouraud l'a fait remarquer, les séborrhées fluentes ne s'accompagnent que rarement d'acné pustuleuse.

— Enfin, divers facteurs favorisants, démontrés depuis

longtemps par l'observation clinique, agissent en favorisant l'infection : mauvaise hygiène cutanée, malpropreté ou, au contraire, savonnages irritants trop répétés ; irritations professionnelles (acné calorique des chauffeurs, etc., acné chlorique des ouvriers exposés aux vapeurs de chlore), irritation médicamenteuse (acné cadique), etc. Il sera facile de les corriger.

En résumé, il nous semble que la séborrhée « simple » est un trouble glandulaire non microbien, mais qui favorise la pullulation de tous les germes cutanés ; dès qu'il existe un coccon séborrhéique, l'infection entre en jeu avec le microbacille de Sabouraud ; puis d'autres microbes pullulent sur ce terrain prédisposé : streptocoques, staphylocoques, bacille bouteille, etc., et le tout peut encore se compliquer d'eczématisation¹.

TRAITEMENT DE LA SÉBORRHÉE

Le traitement général et local de la séborrhée constitue le traitement de fond de toutes ces affections. Il faut y ajouter, pour chacune d'elles, des soins spéciaux. Par exemple, le traitement de l'acné pustuleuse comprend : 1° le traitement général et local du terrain séborrhéique et 2° le traitement spécial, local, de l'acné.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — Le traitement général, dicté par l'étude complète du malade, doit chercher à corriger tous les troubles constatés (v. p. 174) :

— Assurer une bonne *hygiène générale* : recommander l'exercice en plein air, et autant que possible le séjour à la

1. D'autres fois, au contraire, la séborrhée vient compliquer une affection antérieure : par exemple le pityriasis capitis dû au bacille bouteille de Malassez (v. p. 368).

campagne; imposer une alimentation régulière, adaptée au tube digestif du malade, restriction ou suppression des aliments, des excitants, thé, café, alcool, vin pur, épices, viande de porc, de veau, gibier, conserves, fromages fermentés, poissons, crustacés, etc.; mastication lente et prolongée; combattre la *dyspepsie* et la *constipation*.

— Supprimer toutes les *irritations locales* : vent, soleil, frottement, occlusion du cuir chevelu par une coiffure portée en permanence, chaleur du gaz à la veillée sous une lampe, etc.

— Éviter tous les *surmenages* physiques, psychiques, vénériens; calmer l'irritabilité nerveuse (v. p. 304).

— Corriger les troubles viscéraux : *glandulaires* (troubles menstruels par exemple) par les moyens appropriés et l'opothérapie, les troubles circulatoires par des frictions une ou plusieurs fois par jour avec une flanelle imbibée d'alcool camphré, etc.; éviter le froid aux pieds.

— Traiter l'anémie par le fer et l'arsenic, la tendance rhumatismale et goutteuse par le benzoate et bicarbonate de soude et de lithine, la gentiane, la rhubarbe, l'aloès, etc.

— Supprimer les médicaments « portant à la peau » : iodurés et bromures alcalins..., etc.

Existe-t-il une médication interne propre du flux séborrhéique? On a préconisé l'arsenic, le soufre : miel soufré, soufre colloïdal et les sulfureux, par exemple sulfure de calcium 0,005 milligrammes pour une pilule, 2 à 4 par jour pendant des mois (Dühring), l'ergotine, l'hamamelis, la belladone, associées ou non à des préparations anti-arthritiques, par exemple :

Extrait de belladone . . . 0 gr. 001 à 0 gr. 003

Benzoate de lithiné. } à 0 gr. 10

Ergotine. }

Excipient et glycérine q. s. pour une pilule, 1 à 5 par jour.

[BROCQ.]

3. Les cures hydrominérales aux stations sulfureuses des

Pyrénées, d'Uriage, etc., sont justement célèbres par leur action générale et locale.

TRAITEMENT LOCAL DE LA SÉBORRHÉE DE LA FACE ET DES RÉGIONS GLABRES.

Le traitement complet comprendra :

1° Une, deux ou trois fois par semaine, masser la peau, région par région, le soir, avant de se coucher, en la désinfectant préalablement par l'éther, puis par l'alcool et en l'enduisant d'un mélange à parties égales de denisol, thioricinol, essence de cèdre. « Il faut masser chaque moitié du front de la ligne médiane vers la tempe, les joues de dehors en dedans, en suivant une ligne courbe presque parallèle à la mâchoire inférieure, la racine et le dos du nez, directement de haut en bas et de dedans en dehors, la région mentonnière de haut en bas, suivant des arcs de cercle disposés autour du centre du menton. On commence par se réchauffer les mains en les immergeant dans de l'eau très chaude, puis après les avoir essuyées à sec et lubrifiées avec de la vaseline stérilisée, on pratique avec les extrémités digitales des effleurages énergiques... La séance dure de 15 à 20 minutes. Le massage terminé, le malade se poudre de talc et se couche » (Pospelow).

2° Une ou deux fois par semaine, extraire les comédons avec une clé de montre ou un « extracteur de comédon », désinfecté à la flamme; au besoin on les ramollit avec la pâte d'Unna :

Acide acétique.	2 gr.
Glycérine	3 gr.
Kaolin.	$4\frac{1}{2}$ gr.

ou la mixture de Sabouraud :

Acide tartrique	} aa 1 à 5 gr.
Acide salicylique.	
Résorcine	
Alcool à 60°	50 gr.

3° Tous les soirs et après les manœuvres précédentes, savonner avec de l'eau chaude pure ou boratée; rincer; sécher en tamponnant, puis appliquer au blaireau une des lotions suivantes, après l'avoir vigoureusement agitée :

Soufre précipité lavé	1 à 3 gr.
Talc tamisé.	2 à 6 gr.
Glycérine.	15 gr.
Eau de rose.	60 gr.
Teinture de quillaya	5 gr.
M. s. a. au mortier ¹ .	

[GAUCHER.]

ou :

Soufre précipité lavé	1 à 5 gr.
Alcoolat de citron	10 gr.
Eau distillée	50 gr.
Chlorure de sodium.	} 0 gr. 50
Résorcine	

[SABOURAUD.]

Si la peau est irritée par les lotions, on poudrera avec poudre de riz soufrée de 1 à 5 p. 100.

1. Toutes ces lotions doivent être « homogènes », l'agitation doit suffire à réémulsionner le soufre et l'on ne doit pas voir de dépôt adhérent en paquet. Car dans ce cas on appliquerait sur la peau des blocs de soufre qui irriteraient la peau ainsi que les parcelles d'un papier de verre.

Ou :

Amidon	} aa 20 gr.
Carbonate de magnésie. . .	
Poudre d'iris	40 gr.
Borate de soude.	1 à 2 gr. 50
Soufre précipité lavé. . .	0 gr. 50 à 10 gr.
(Acide salicylique	0 gr. 50 à 1 gr.)

4° Laisser la nuit, et au matin laver à l'eau chaude, avec ou sans savonnage au savon boraté ou résorciné; lotionner avec le mélange d'Hillairet :

Éther sulfurique camphré . .	} aa 15 gr.
Borax.	
Eau distillée	300 gr.

(Filtrez à froid.)

Ou, si la peau n'est pas irritable, tamponner avec l'alcool camphré, ou avec une solution de tannin, de résorcine ou d'alun à 1 p. 100.

5° Puis sécher et poudrer, si besoin, avec poudre de riz soufrée de 1 à 5 p. 100.

6° Dans la journée, si la peau « luit », la dégraisser avec la liqueur d'Hoffmann pure, ou additionnée de 10 p. 100 d'eau de rose et repoudrer.

7° 2 à 3 fois par semaine, bain sulfureux (v. p. 86).

Si ce traitement irrite la peau, on le suspend quelques jours et on applique une pâte ou crème d'Alibour faible (v. p. 389), un cold-cream avec ou sans goudron, et on reprend ensuite le traitement soufré primitif.

Dans la suite, quand l'affection guérit, on se contentera : le soir, de savonnage si la peau le supporte, puis de poudre de riz soufrée le soir et pendant la nuit; le matin d'application boratée et de crème, puis de poudre de riz soufrée dans la journée.

Dans les cas rebelles on a tenté la méthode exfoliante (v. p. 359), les scarifications linéaires (Vidal) et surtout la *radiothérapie* qui atrophie les glandes sébacées, etc.

A ces traitements actifs et complets on peut opposer le traitement minimum auquel nous obligent parfois certaines peaux très irritables : soir et matin, toilette avec un cold-cream, un lait ou une lotion boratée si possible ; dans l'intervalle, poudre de riz soufrée. On tentera d'y ajouter des pulvérisations d'eau sulfureuse minérale : Luchon, Cauterets, etc.

TRAITEMENT LOCAL DE LA SÉBORRHÉE

DES RÉGIONS PILEUSES ET DES ALOPÉCIES SÉBORRHÉIQUES.

Ce traitement local vise trois buts :

I. *Débarrasser périodiquement le cuir chevelu de l'enduit gras des croûtes et des squames.*

Lorsqu'on sait l'épiderme irritable, ou si on le voit irrité, on usera du mélange d'un à deux jaunes d'œuf étendus dans 500 grammes d'eau de chaux.

Si la peau encrassée n'est pas fragile, on appliquera de l'huile additionnée ou non, de 5 à 10 p. 100 d'huile de cade, 1 à 5 p. 100 d'acide salicylique pour ramollir les squames. Puis on nettoiera avec le coaltar saponiné, ou avec le décocté : 50 gr. de bois de Panama pour 500 de solution aqueuse de carbonate de soude à 2 p. 100 ; ou avec un mélange d'extrait de bois de Panama et de savon : savon cadique ou savon à l'essence de cèdre qui a l'avantage d'avoir une odeur agréable.

Si les lésions sont légères, on fera, avec ou sans savon, des lotions avec des solutions de bicarbonate ou de borate de soude. On pourrait encore user de dégrais-

sants : liqueur d'Hoffmann, éther de pétrole (très inflammables), acétone, etc.

Ce nettoyage sera répété plus ou moins souvent suivant l'intensité des lésions et la tolérance du malade, et l'on regraissera les cheveux (et non le cuir chevelu) avec une brillantine, si ce nettoyage les a rendus trop cassants : huile de ricin pure parfumée, pétrole pur parfumé, ou :

Huile de vaseline 10 à 30 gr.

Alcool à 90° ou ligroïne (inflammable). . . 90 cm³

Parfums Q. s.

II. *Modifier la sécrétion par le soufre et les sulfureux*, utilisés seuls ou associés à d'autres médicaments. Quatre modes d'application sont employés : lotions sulfureuses, lotions soufrées, pommades, poudres (v. p. 338 à 344).

III. *Favoriser la repousse des cheveux par des lotions excitantes* (v. p. 747).

Il faut en pratique, graduer les difficultés :

1° Séborrhées légères : Lotions sulfureuses. — Dans un demi-verre d'eau chaude (environ 100 centimètres cubes), verser 20 à 60 gouttes de polysulfure de potassium liquide (polysulfure de potassium, 100 grammes, eau 200 grammes) et 5 centimètres cubes de teinture de benjoin, pour essayer de masquer l'odeur. Il ne faut pas user de trop fortes doses de polysulfure qui sont épilatoires.

Ce procédé pratique, rapide, qui ne laisse pas de poudre jaune de soufre dans les cheveux, suffit aux cas légers ; son seul inconvénient, très réel, est son odeur répugnante, heureusement passagère.

On fait, tous les soirs, avant de se coucher, une friction légère sur le cuir chevelu (et non sur les cheveux)

avec une brosse douce, en procédant raie par raie : la formule classique et commode de « 20 raies, 20 minutes », veut dire que patiemment on divise la chevelure successivement en une vingtaine de raies et que l'on passe une minute à traiter chaque raie.

Quand la lotion est terminée, on sèche les cheveux avec une serviette chaude, et si l'on craint que les cheveux ne deviennent la proie de trichoptilose ou de trichorrexis (v. p. 743), on les enduit avec une quantité aussi petite que possible de brillantine (v. p. 338).

On alternera avantageusement ces lotions sulfureuses avec des frictions au coaltar saponiné.

Le matin, on frictionnera avec une lotion excitante parfumée (v. p. 747).

Toutes les semaines, savonner la tête avec un mélange de savon au goudron ou à l'huile de cèdre et d'extrait de bois de Panama; puis lotionner avec une solution aqueuse de borate de soude à 1/50; et enfin frictionner avec une solution aqueuse de formol à 1 ou 2 centimètres cubes pour 1000.

Au bout de quelques semaines, on peut ne faire les lotions que 3 fois, puis 2 fois par semaine et des savonnages bimensuels avec un savon soufré et cadique.

Traitement accessoire par le naphтол β. — Kaposi ramollit les squames et les croûtes avec l'huile naphtolée au 1/400, puis savonne avec le savon au naphтол. Les jours suivants, il fait faire le matin une lotion avec la solution alcoolique de naphтол à 0,25 à 0,50 0/0 et le soir une onction avec la pommade naphtolée au 1/20 ou avec une pommade naphtolée soufrée. Il continue par des frictions alcooliques, mais revient au traitement naphтолé si la guérison est incomplète.

Traitement accessoire par la résorcine. — Ihle fait faire tous les soirs une friction du cuir chevelu avec une brosse douce imprégnée d'huile de résorcine à 1 ou 2 p. 100 ou de :

Résorcine	5 à 10 gr.
Huile de ricin.	20 à 45 gr.
Alcool à 60° ou ligroïne.	150 gr.
Baume du Pérou	0 gr. 50

Le matin lotionner avec une solution hydro-alcoolique, de résorcine à 1 à 4 0/0.

2° Séborrhées de moyenne gravité : Lotion soufrée. — Dans les cas plus rebelles, on emploiera les lotions soufrées ; la technique est la même que celle de la lotion sulfureuse : tous les soirs, avant de se coucher, frictionner, suivant le procédé « 20 raies, 20 minutes », le cuir chevelu avec une lotion soufrée :

Soufre précipité lavé	4 à 20 gr.
Glycérine neutre pure.	20 à 60 gr.
Eau de rose.	120 gr.
Teinture de quillaya	10 gr.

M. s. a. au mortier.

[GAUCHER.]

ou :

Soufre précipité lavé	5 à 10 gr.
Alcool camphré.	10 à 20 gr.
Glycérine neutre pure.	5 gr.
Eau	100 gr.
Résorcine	0 gr. 50 à 1 gr.

M. s. a. au mortier.

(Agiter vigoureusement et longuement avant de s'en servir.)

Ou des lotions soufrées complexes (Sabouraud) :

Liqueur d'Hoffmann.	100 gr.
Huile de cade.	10 à 20 gr.
Soufre.	5 à 10 gr.
(Facultativement acide pyro- gallique	1 à 2 gr.)

ou :

Alcool à 90°.	} à 100 gr.
Acétone	
Huile de cade	10 à 20 gr.
Soufre précipité	10 à 20 gr.
(Facultativement acide pyro- gallique.	1 à 2 gr.
ou acide chrysophanique. .	0 gr. 10 à 0 gr. 20)

La poudre de soufre se dépose sur le cuir chevelu où on la laisse sans y toucher; si les démangeaisons sont vives, on lotionnera entre temps avec l'eau sulfureuse (voir p. 338). Toutes les semaines, ou deux fois par semaine au plus, on savonnera la tête.

Si la lotion irrite l'épiderme, on diminuera la dose de soufre ou on la remplacera par un composé cadique (v. p. 238 et 239).

La lotion soufrée, plus efficace que la lotion sulfureuse et non odorante, a l'inconvénient de laisser sur le cuir chevelu une poudre jaune assez visible et difficile à enlever. On peut donc le matin enlever l'enduit soufré avec de la liqueur d'Hoffmann, de l'éther de pétrole ou par un savonnage avec un savon à l'huile de cèdre. On aura avantage après ce nettoyage à faire une friction avec un corps actif incolore : solution aqueuse de borate de soude à 1/50, ou solution hydro-alcoolique de naphol β à 0,25 à 0,50 0/0, ou solution aqueuse de formol de 1 à 2 0/0.

Ce procédé dessèche les cheveux et les altérerait si l'on ne prenait pas soin de regraisser les cheveux (et non le cuir chevelu) avec une brillantine (v. p. 338), ou mieux avec une lotion excitante huileuse (v. p. 747).

3° Séborrhées rebelles : *Pommades soufrées, simples et composées.* — Dans les séborrhées très rebelles, on essaiera des pommades soufrées, pures ou mieux associées à l'huile de cade, etc. Les pommades conviennent surtout aux peaux irritables, aux chevelures cassantes qui ont tendance à se dessécher. Suivant toujours le même procédé des 20 raies, 20 minutes, le malade appliquera le soir avec ses doigts la pommade de Vidal :

Soufre précipité lavé	2 à 6 gr.
Beurre de cacao	40 gr.
Huile de ricin	50 gr.
Baume du Pérou	4 gr.
ou essence de violette pour parfumer	Q. s.

Facultativement, on peut, suivant la tolérance, ajouter un ou plusieurs des produits suivants :

Teinture de cantharide	4 à 3 gr.
Goudron purifié.	6 gr.
Résorcine.	0 gr. 25 à 2 gr.
Acide salicylique	0 gr. 25 à 0 gr. 75
Borate de soude	3 gr.
Naphtol β	} 4 à 6 gr.
Camphre.	

Sabouraud associe au soufre du goudron ou, de l'huile de cade :

Cérat soufré au 1/100	40 gr.
Goudron purifié.	2 gr.
Calomel.	4 gr.

ou :

Soufre précipité lavé.	}	ââ 1 gr.
Résorcine.		
Acide salicylique		
(Facultativement acide pyro-gallique)		
Cinabre.	}	ââ 15 gr.
Huile de cade.		
Beurre de cacao.		
Vaseline ou axonge		

ou, dans les cas de séborrhée grasse avec hypotonie cutanée :

Teinture de cantharide	1 à 3 gr.
— capsicum	} ââ 6 gr.
— benjoin	
Onguent populeum	30 gr.
Beurre de cacao.	} ââ 15 gr.
Huile de cade.	
Turbith minéral,	3 gr.

Nettoyer le matin avec la lotion d'Hillaiet (v. p. 336), l'éther de pétrole, l'acétone ou la liqueur d'Hoffmann et frictionner avec une lotion excitante (v. p. 747).

4° Séborrhées graves fluentes : Poudres soufrées. — Ce procédé, qui convient aussi aux malades s'enrhumant facilement et ne supportant pas d'avoir la tête mouillée, est surtout destiné aux séborrhées très fluentes. Suivant le même procédé des 20 raies, 20 minutes, tous les soirs, ou un soir sur deux, avant de se coucher, le malade applique avec un pulvérisateur une poudre soufrée :

Acide salicylique	0 gr. 50 à 2 gr.
Chlorhydrate de pilocarpine.	0 gr. 50 à 1 gr.
Soufre précipité lavé	5 à 10 gr.
Borate de soude	5 à 10 gr.
Poudre d'amidon (ou carbo- nate de magnésie	40 gr.
Talc.	80 à 60 gr.

[BROCC.]

ou :

Poudre de lycopode	} aa 10 gr.
— d'iris	
— d'oxyde de zinc	
— de talc	
Soufre précipité lavé	
Tamiser.	

[SABOURAUD.]

Entourer la tête d'une gaze fine pour que le soufre ne vienne pas irriter la peau du visage et du cou.

Le malade nettoie l'enduit tous les matins avec l'acétone, ou la lotion d'Hillairet (v. p. 336) ou avec :

Ichthyol	5 à 25 gr.
Liqueur de Hoffmann	100 gr.

On repoudre immédiatement ou on attend le soir pour repulvériser la poudre soufrée.

Une ou deux fois par semaine le malade se savonnera la tête avec un savon de goudron.

Lorsque l'épiderme s'irrite, rougit, devient douloureux et tendu, on revient vers la lotion sulfureuse, ou on applique une crème calmante au goudron (v. p. 120), ou une pommade à l'huile de cade (v. p. 343).

Traitement accessoire par les mercuriaux. — Si les préparations soufrées sont mal tolérées ou gênent par leur teinte jaune, on peut essayer des mercuriaux. Il faut alors prendre grand soin de débarrasser le cuir chevelu de toute trace de soufre; sinon il pourrait se former du sulfure de mercure qui est noir. — On combine lotion et pommade.

Le soir appliquer une des pommades :

Oxyde jaune de mercure. . .	1 gr.
Vaseline	40 à 100 gr.

Ou :

Calomel	1 gr.
Tannin.	2 gr.
Vaseline	30 à 100 gr.

Ou :

Turbith minéral	1 gr. 50
Beurre de cacao	10 gr.
Huile de ricin	50 gr.
Baume du Pérou.	1 gr.

[MALASSEZ].

Ou :

Huile de cade	} à 15 gr.
Beurre de cacao	
Vaseline (ou axonge).	
Oxyde jaune d'hydrargyre.	1 gr.
(Facultativement acide pyrogallique)	1 gr.)

[SABOURAUD].

Le matin, dégraisser, s'il y a lieu, soit avec de l'éther de pétrole (très inflammable) ou mieux avec de l'acétone, soit en savonnant avec du coaltar saponiné. Puis lotionner avec une des lotions suivantes que l'on chauffe légèrement :

Bichlorure de mercure.	1 à 3 gr.
Alcool à 90°	100 à 200 gr.
Eau distillée (ou eau de rose)	900 à 800 gr.
Facultativement hydrate de chloral.	20 à 40 gr.

Ou :

Bichlorure de mercure.	1 à 3 gr.
Chlorhydrate d'ammoniaque.	1 à 3 gr.
Eau distillée de laurier-cerise	50 gr.
Eau distillée	950 gr.

[Brocq.]

Traitements divers. — On a varié à l'infini les mixtures anti-séborrhéiques. Sans rappeler le bicarbonate de soude, le borate de soude, le formol, la résorcine (v. p. 340), le naphtol β (v. p. 339), l'huile de cade, le goudron, l'ichthyol, le coaltar saponiné, l'extrait de bois de Panama, etc., voici quelques formules utiles quand le soufre irrite, échoue ou semble désagréable :

— Solutions d'acides lactique, citrique, acétique, borique, phénique, etc. :

Acide lactique (ou citrique)	0 gr. 50 à 1 gr.
Acide borique.	2 à 5 gr.
Eau distillée	220 gr.
Alcool à 90°.	40 gr.
	[PINCUS].
Acide phénique.	1 gr. 20
Huile de ricin.	7 gr.
Alcool à 90°.	90 gr.
Essence d'amande amère	0 gr. 24
	[DÜHRING].

— Solutions ammoniacales (réservées aux blonds).

Ammoniaque liquide	3 gr.
Essence d'amande amère.	3 gr.
Alcoolat de romarin.	30 gr.
Essence de macis	0 gr. 90
Eau de rose.	90 gr.
	[BROCCQ.]

ou :

Ammoniaque liquide	5 à 10 gr.
Teinture de quillaya	10 gr.
Rhum et alcool à 40°.	150 gr.

— Solutions pyrogalliques à 10/0 (réservées aux bruns), etc.

En résumé, il faut : — 1° Modifier la séborrhée soit par les sulfureux, soit par le soufre, seul ou associé à l'huile de cade, etc., en usant de tel ou tel procédé : lotion, poudre, pommade suivant tel ou tel malade, en alternant ces

préparations suivant l'intensité, la forme des lésions, les commodités du malade. — 2° Nettoyer le cuir chevelu périodiquement par des procédés divers, en ayant soin, si les cheveux sont desséchés par ce nettoyage, de les regraisser. — 3° Choisir parmi les produits nettoyants des mixtures favorisant la repousse des cheveux (v. p. 747, lotions excitantes). Tels sont les trois principes qui doivent guider l'action thérapeutique. Il est indispensable de prévenir le malade que dans les premiers jours du traitement les cheveux morts ou mourants tombent abondamment, car le malade non prévenu pourrait accuser le traitement et renoncer à la médication locale. On affirmera au séborrhéique qu'il ne doit pas regretter ces cheveux, car ils allaient spontanément tomber; on lui assurera que des cheveux jeunes vont bientôt repousser et les remplacer.

*
* *

II. — DERMATOSES ASSOCIÉES OU COMPLIQUANT LA SÉBORRHÉE

(Ancien groupe de l'eczéma séborrhéique)¹.

1° Infections pilo-sébacées : les Acnés, p. 352. 2° Infections en surface, p. 363. 3° Pityriasis simplex capitis, p. 368. 4° Pityriasis stéatoides, p. 373. 5° Eczémas, psoriasis, épidermites microbiennes et éruptions indéterminées sur-séborrhéiques, p. 376.

1. Synonymies : séborrhéides, eczématides, etc.

VUE D'ENSEMBLE : CLASSIFICATION. NÉCESSITÉ DE DÉMEMBRER L'ANCIEN « ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE » :

DÉDUCTIONS THÉRAPEUTIQUES

Dans ce groupe d'affections, le problème clinique et thérapeutique est dominé par la notion du terrain séborrhéique justiciable d'une thérapeutique commune et par la notion d'affection surajoutée nécessitant une thérapeutique spéciale. En effet, sur le terrain séborrhéique, c'est-à-dire sur la peau trop grasse, naissent les dermatoses les plus diverses : la séborrhée, trouble sécrétoire pour les uns, infection cutanée due à un microbe spécifique, le microbacille séborrhéique, pour Sabouraud, favorise l'éclosion de nombreuses dermatoses dues à des infections microbiennes variées et forme d'ordinaire avec elles des sortes de complexes qui souvent se compliquent d'eczématisation.

Ce groupe nosologique est resté pendant longtemps un des plus obscurs de la dermatologie. On a discuté sur ces faits en vertu d'idées préconçues, ou en se basant sur des erreurs grossières. La clarté n'est venue que le jour où Sabouraud a dissocié les différents processus élémentaires, et montré leur fréquente association sous forme de lésions complexes. Il nous faut donc distinguer et définir les processus suivants qui, la plupart, peuvent exister en dehors de tout état séborrhéique :

— La séborrhée ou flux séborrhéique et les filaments vermiformes (sans coccon) qui remplissent les glandes nous semblent être le résultat d'un trouble sécrétoire non microbien¹, mais exagéré par l'infection du micro-

1. Sur ce point seulement, nous nous séparons des très remarquables travaux de Sabouraud et nous admettons les conceptions de Jacquet et de Darier.

bacille de la séborrhée; le terme de séborrhée ne doit s'appliquer qu'à l'hypersécrétion sébacée et c'est par un abus de langage regrettable que certains l'appliquent à des dermatoses qui naissent sur terrain séborrhéique.

— Les cocons et comédons séborrhéiques résultent de l'infection des glandes par le microbacille de la séborrhée.

— Les acnés sont dues à une infection surajoutée pyogène, périfolliculite et folliculite, staphylococcique le plus souvent, d'un follicule obstrué par un comédon.

— Les infections dues aux cocci sont fréquentes : impetigo, ecthyma bulleux, folliculte, furoncle, etc.

— Le pityriasis faciei est une épidermite sèche streptococcique.

— Les lésions suintantes et sèches furfureuses des plis rétro-auriculaires, etc., ne sont le plus souvent qu'une épidermite streptococcique humide ou sèche, un intertrigo microbien.

— Le pityriasis capitis est une infection due au bacille bouteille de Malassez.

— Lorsque ce pityriasis devient gras, c'est qu'il est surinfecté par le microbacille de la séborrhée; il y a donc complexe ou infection mixte par le microbacille et le bacille bouteille, c'est-à-dire pityriasis sur-séborrhéique.

— L'alopecie peut résulter de la séborrhée et de l'infection microbaccillaire, ou plus souvent encore du mélange de pityriasis et de séborrhée.

— Les pityriasis stéatoïdes (eczéma séborrhéique médio-thoracique circiné, etc.) résultent du mélange de séborrhée microbaccillaire (inconstante), de pityriasis dû au bacille bouteille, d'infection due au staphylocoque et souvent de vésicules d'eczéma. Cette lésion représente le maximum de la complexité.

— Enfin l'eczématisation processus inflammatoire aseptique (v. p. 163), mise en branle par ces irritants microbiens et autres sur un terrain prédisposé, peut venir compliquer toutes ces dermatoses, d'où le groupement inexact de ce qu'on appela l'eczéma séborrhéique (fig. 40). Car nous ne saurions trop y insister, ces processus peuvent se mélanger en combinaisons variables à l'infini, ils sont le plus souvent sur-séborrhéiques, mais ils ne sont pas de nature séborrhéique et parfois ils existent à l'état isolé sans séborrhée, ils ne méritent donc ni le nom d'eczéma, ni l'épithète de séborrhéique et plusieurs de ces dermatoses dites eczémas séborrhéiques n'ont rien à faire ni avec l'eczéma, ni avec la séborrhée. Par exemple les pityriasis peuvent exister sans séborrhée et ne jamais se compliquer d'eczéma.

Grâce à ces précisions, on peut analyser des cas qui autrefois paraissaient complexes et sur lesquels on se perdait en stériles discussions. Voici un exemple fréquent :

Un jeune homme est atteint de pityriasis *sec* (micacé) du cuir chevelu qu'il néglige, car les cheveux ne tombent pas; il a eu par intervalle en hiver du pityriasis de la face; c'est qu'il a été infecté au cuir chevelu par le bacille bouteille, et à la face par le streptocoque, et la preuve, c'est qu'une fois il a eu de l'impetigo vulgaire, bulleux et croûteux. Une autre fois, parce qu'il est de tempérament eczématisable, il a subi une poussée d'eczéma.

Vers seize ans, la séborrhée a apparu : comédons et acné ponctuée, dus au microbacille de la séborrhée; puis de temps en temps, au printemps, à l'automne, il a eu de l'acné parce que les comédons séborrhéiques étaient envahis par les staphylocoques à la faveur de troubles digestifs.

Insidieusement le pityriasis capitis qui avait persisté se

complique de séborrhée : bacille bouteille et microbacille séborrhéique s'associent pour donner un pityriasis gras qui peu à peu va provoquer l'alopecie séborrhéique.

En même temps apparaissent sur le tronc entre les épaules et sur le sternum, des éléments de pityriasis stéatoïde, c'est que bacille bouteille, microbacille, staphylocoques, se sont associés.

Pendant des années, le malade ne s'en est pas inquiété, mais un jour, à l'occasion de causes multiples, est survenue une poussée d'eczéma (eczéma sur-séborrhéique); cet eczéma a guéri assez vite, mais il est resté derrière les oreilles des lésions suintantes rebelles au traitement habituel de l'eczéma (et qui d'ailleurs auraient pu apparaître sans eczéma), elles guérissent très rapidement par le traitement des pyodermites, car il s'agit d'un intertrigo rétro-auriculaire streptococcique.

Cette complication de l'eczéma a pu revêtir tous les modes : eczéma aigu œdémateux, eczéma suintant, eczéma sec squameux psoriasiforme : on conçoit donc le polymorphisme *clinique* et *évolutif* de ces eczémas surajoutés aux précédentes lésions : pityriasis, séborrhée, etc.

D'ailleurs l'eczéma et l'infection forment souvent un cercle vicieux. L'irritation microbienne provoque l'eczéma dont les vésicules servent de milieu de culture aux microbes, d'où fabrication de nouvelles toxines et production de nouvelles vésicules d'eczéma qui s'infectent, etc.

S'il survient un psoriasis ou un pityriasis rosé de Gibert, sur ce terrain séborrhéique et eczématisable, on conçoit que l'éruption soit modifiée, que le psoriasis simule un pityriasis stéatoïde et que le pityriasis rosé de Gibert simule un eczéma sec sur-séborrhéique.

En résumé un même malade peut accumuler toutes ces variétés dont toujours on arrive à dissocier les éléments : séborrhée et comédon — acné — impétigo sec, impétigo

vulgaire, épidermite streptococcique des plis — pityriasis capitis — pityriasis stéatoïde — eczématisation, etc.

Cette analyse n'est pas un jeu de pathologiste, elle comporte une sanction thérapeutique. Suivant tel ou tel complexe, un même malade, au même moment, devra être traité de façon différente : au cuir chevelu pityriasique, on le traitera par les sulfureux ; derrière les oreilles dont les plis sont infectés, par les antistreptococciques ; à la face eczématisée, par les pulvérisations et par les pâtes à l'oxyde de zinc ; dans le dos séborrhéique et parsemé de pustules acnéiques, par les lotions soufrées, etc. ; dans la région sternale atteinte de pityriasis stéatoïde, par des pommades soufrées cadiques, etc. Et toujours on se souviendra de la tendance eczématisable de ces malades pour essayer les traitements et les graduer.

*
* * *

1° INFECTIONS PILO-SÉBACÉES STAPHYLOCOCCIQUES ET AUTRES : LES ACNÉS (fig. 37).

L'infection des follicules pileux séborrhéiques par les cocci pyogènes donne lieu à différentes épidermites, furoncle (v. p. 409), folliculite (v. p. 402) et surtout aux acnés qui ont les mêmes sièges d'élection et la même évolution générale que la séborrhée des parties glabres : apparition à la puberté, recrudescence à la ménopause, etc.

— **Acné comédon** ou **A. ponctuée** (fig. 37). Le filament séborrhéique est, sous l'influence du microbacille de la séborrhée, transformé en cocon, puis en comédon, constitué

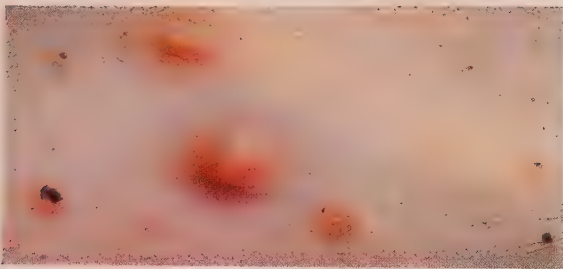


FIG. 37. — Acné ponctuée et pustuleuse. (*Voir page 352*).



FIG. 38. — Impétigo facial. (*Voir page 387*).

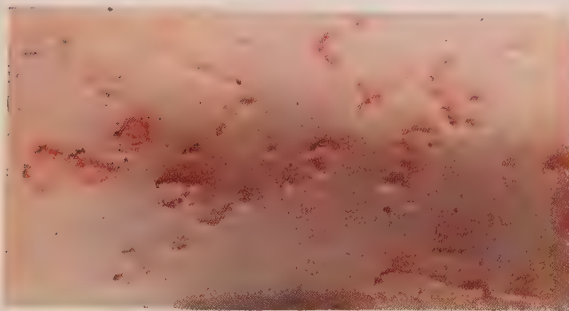


FIG. 39. — Pityriasis stéatoïde médiothoracique. *Voir page 373.*

par une colonie microbacillaire centrale, et par une coque de cellules épidermiques; le tout *obture* l'orifice pilosébacé par où autrefois s'écoulait, plus ou moins dense, le sébum. La peau est criblée de points gras sales ou noirs, teintés en noir par la poussière et qui répondent aux orifices sébacés. Cette acné comédon est le plus souvent le début de l'acné polymorphe vulgaire et se mélange à elle.

— **Acné polymorphe, vulgaire, boutonneuse, inflammatoire** (fig. 37). Le comédon est infecté non seulement par le microbacille, mais par les staphylocoques; une élevation rouge apparaît autour du point comédonien. Restant à ce stade, elle constitue l'*A. papuleuse*. Plus souvent elle le dépasse, grossit, rougit, s'endolorit, s'acumine, se centre d'une pustulette qui se rompt, se vide ou se dessèche en une croûte (A. *pustuleuse superficielle*). Parfois la lésion est très inflammatoire, rouge, œdémateuse, lancinante : la pustule contient une grosse goutte de pus (*acné pustuleuse*). A un degré de plus, un petit abcès se forme (*acné phlegmoneuse*) ou même une sorte de petit furoncle (*acné furonculaire*). Le mélange très fréquent de ces diverses variétés et de ces divers stades sur une même région justifie le nom d'acné polymorphe; il s'y ajoute fréquemment de petits kystes sébacés ou tannes et même de petits kystes mucoïdes.

L'évolution de chaque pustule est courte, ne durant que six à huit jours; mais parfois elle se prolonge sous forme de nouure conique, violacée ou rouge brunâtre, dure, qui persiste des semaines et des mois (*acné chronique* ou *indurée* ou « *tuberculeuse* » dans le sens de tubérosité); elle doit faire craindre un *terrain scrofulo-tuberculeux* favorisant.

La cicatrice est tantôt ponctuée blanche imperceptible, tantôt disgracieuse, gaufrée, tantôt **chéloïdienne** rouge, saillante et douloureuse. Cette complication, particulièrement à craindre à la nuque et nécessitant un traitement spécial radiothérapique donne un aspect caractéristique

(fig. 41) : les pustulettes et les cicatrices chéloïdiennes sont mélangées, car les lésions se succèdent par poussées; on trouve donc côte à côte des folliculites ou acnés purulentes et des épaisissements chéloïdiens parfois encore parsemés de quelques poils qui attestent l'origine spéciale de cette chéloïde. Le tissu chéloïdien finit par l'emporter. La chéloïde forme des nodosités isolées ou plus souvent des masses confluentes plus ou moins étendues et figurées, saillantes, rosées ou rouges, parfois parcourues de télangiectasies; d'ordinaire cette acné chéloïdienne de la nuque dessine, à la lisière des cheveux, une bande transversale plus ou moins large, brusquement limitée le plus souvent vers le bord supérieur, plus diffuse à sa partie inférieure; parfois elle forme un ruban dont les extrémités se recourbent pour former une sorte de circonférence. Sur les bords de la chéloïde adulte persistent souvent encore des pustulettes qui en devenant elles-mêmes chéloïdiennes accroissent peu à peu l'étendue de la chéloïde. Le traitement est complexe : — traitement des pyodermites : ouverture au scarificateur des pustulettes et cautérisation (v. p. 405); — traitement soufré du terrain séborrhéique et acnéique (v. p. 357); — traitement radiothérapique de la chéloïde (v. p. 737).

L'acné surséborrhéique peut avec l'âge se compliquer de télangiectasies constituant alors l'*acné rosacée* (v. p. 717) et aboutir à l'acné hypertrophique et au rhinophyma (fig. 44).

— **Acné varioliforme** (Synonymie = *A. nécrotique, ulcéreuse, pileaire cicatricielle, atrophique*) (fig. 42 et 43). Les sièges de prédilection tout à fait spéciaux sont : les tempes et le front, *symétriquement en bordure du cuir chevelu*; les parties antérieures du cuir chevelu; puis le nez et les sillons nasogéniens; rarement le menton, la poitrine et le dos.

Cette acné est d'aspect et d'évolution caractéristiques. Le prurit, les sensations de cuisson sont fréquentes. La vésico-pustule naissante est formée d'une dépression cen-

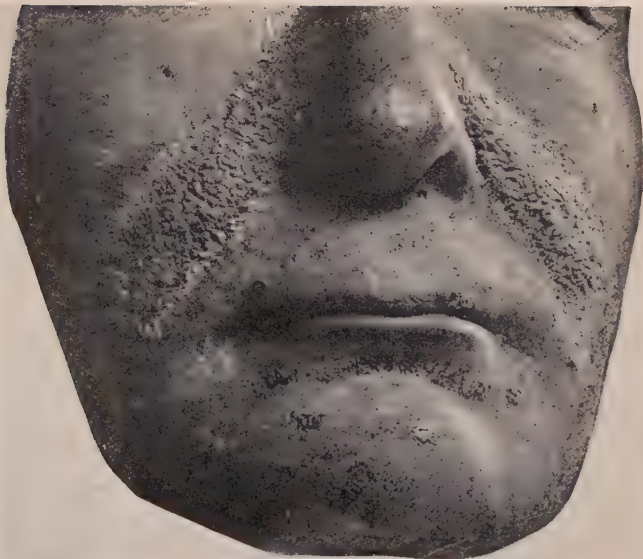


FIG. 40. — Mélange de Pityriasis, d'infection streptococcique et d'eczéma dit « Eczéma séborrhéique ». (Voir pages 366 et 376).

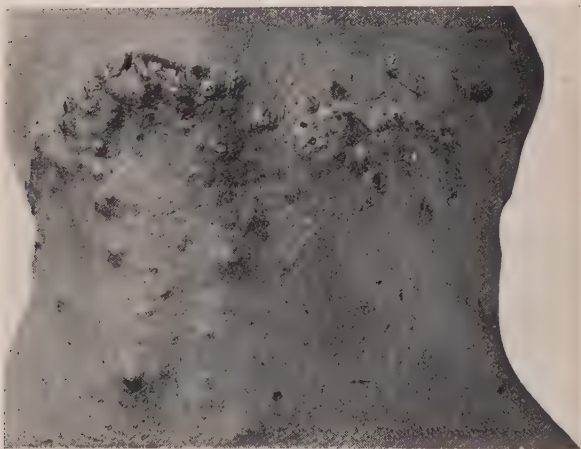


FIG. 41. — Acné chéloïdienne de la nuque à tous les degrés d'évolution. (Voir page 353).

trale ombiliquée (fig. 40), jaunâtre, de 2 à 4 millimètres, et d'un bourrelet périphérique rosé et rouge, d'où le nom de varioliforme. Sans s'ouvrir, la vésico-pustule centrale se dessèche et se transforme en une croûte brune ou noirâtre, enchâssée dans le bourrelet périphérique. Audessous d'elle, le derme est nécrosé, ulcéré. Lorsqu'elle se détache, la croûte laisse une cicatrice de même taille profonde et indélébile, qui, d'abord rouge, blanchit peu à peu et laisse des taches alopéciques. Parfois autour de la croûte, la lésion, qui semblait morte, revit et donne une deuxième vésico-pustule qui entoure d'un anneau la croûte de la première pustule : la croûte définitive présentera alors deux anneaux concentriques.

Cette acné singulière procède par poussées irrégulières : elle est d'une ténacité désespérante.

Le **diagnostic** est facile ; pourtant on pensera toujours et aux *tuberculosés atypiques* (acné cachecticorum, acnitis, lichen scrofulosorum : v. p. 564) et aux *syphilides acnéiformes* (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 278).

TRAITEMENT DES ACNÉS

Traitement général. — Il s'inspire de celui de la séborrhée en général, et, quoi qu'on en ait dit, il est indispensable, surtout dans les formes irritables des peaux fines et souples :

— Réduire l'apport des substances nuisibles par un régime alimentaire approprié : restriction des graisses, viandes, des aliments sucrés, du pain, etc. (v. p. 174).

— Supprimer les médicaments acnéigènes, tels que les iodures, bromures, etc. et les irritants locaux, huile de cade, etc.

— Corriger les troubles gastro-intestinaux (v. p. 22), par un régime raisonné et surtout diminuer les fermenta-

tions intestinales par l'administration de poudre de charbon, de salicylate de bismuth associé ou non à la magnésie et au soufre, de peroxyde de magnésium (Hopogan, 0 gr. 30 deux à trois fois par jour), de benzonaphtol tant vanté autrefois, de ferments lactiques.

— Combattre la constipation par le massage matinal du gros intestin et par un régime de fruits, de pain d'épice, miel soufré, gélose, huile de paraffine et par des laxatifs (surtout l'aloès ou l'aloïne), en les variant de mois en mois pour éviter l'accoutumance.

— Éteindre les troubles utéro-ovariens (opothérapie) ou urétraux : injections vaginales très chaudes matin et soir, etc.

— Remédier aux troubles circulatoires par des frictions alcooliques, par l'exercice au grand air (éviter le froid aux pieds); essayer l'hamamélis, etc., l'ergotine combinée parfois au sulfure de lithium, à la quinine et même à la belladone, à la digitale (v. p. 260).

— Guérir les affections des régions voisines : rhinite, sinusite, pharyngite.

— Corriger l'état diathésique s'il existe : traiter les goutteux et arthritiques par les eaux alcalines faibles ou fortes; remonter les forces du malade, surtout s'il est scrofulo-lymphatique, par des ferrugineux et arsenicaux associés à l'huile de foie de morue.

Le soufre paraît être le seul médicament « spécial » qui ait une action réelle : miel soufré, soufre colloïdal, eaux minérales sulfureuses, pastilles soufrées, sulfure de lithium, de calcium, etc. Au contraire, l'ichthyol (2 à 4 capsules de 0 gr. 25 par jour) a une action douteuse.

Enfin on a essayé de combattre l'infection : — par l'étain (v. p. 440); — par la levure de bière (3 à 9 cuillerées à café de levure fraîche par jour au début du repas dans un peu d'eau ou de bière) — par l'électrargol en injection. Les vaccins composés, micro-bacillaire et staphylococcique, sont à l'étude.

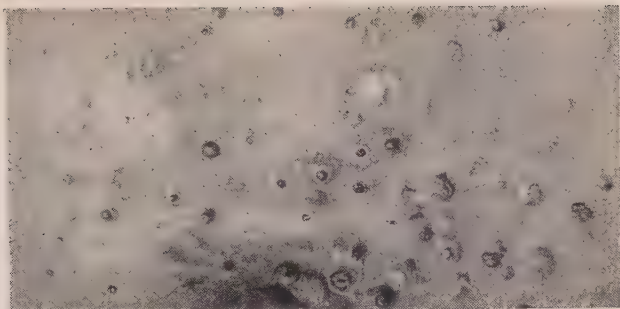


FIG. 42. — Acné pileaire cicatricielle (nécrotique) en activité : pustules varioliformes ombiliquées. (*Voir page 354*).

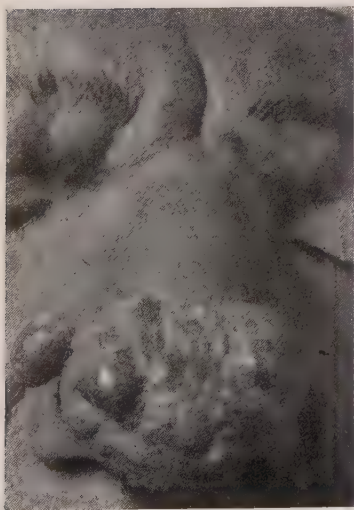


FIG. 44. — Acné hypertrophique : Rhinophyma. (*Voir pages 354 et 702*).



FIG. 43. — Acné dépilante ou folliculites décalvantes. (*Voir page 407*).

Traitement local. — Le traitement local vise trois buts : la séborrhée, les comédons, les pustules. Il sera très doux pour une peau irritable ; il devra être de plus en plus actif, mais toujours progressif et surveillé sur une peau non irritable, épaisse, rugueuse et huileuse, indolente. En pratique, il faut distinguer plusieurs cas :

1° *La peau est irritable, et souvent déjà irritée*, plus ou moins *eczématisée* par un traitement antérieur. On commencera par calmer cette irritation (v. Eczéma, p. 192) par des pulvérisations ou par des lotions d'eau pure, etc. ; dans l'intervalle, on appliquera un cold-cream ou une pâte d'Alibour faibles (v. p. 389). On ouvrira les pustulètes avec une aiguille et on exprimera le pus ; on les cautérisera avec l'eau d'Alibour.

Puis quand, au bout de quelques jours, la poussée sera calmée, on essaiera un traitement local très doux (v. Séborrhée du visage, p. 337) : par exemple, lavage à l'eau bouillie chaude ou avec un lait ; pulvérisation avec une eau sulfureuse naturelle ou artificielle matin et soir ; dans l'intervalle, poudre de riz soufrée. On cautérisera les pustulètes naissantes avec l'eau d'Alibour.

Peu après, on essaiera un traitement plus actif : massage le soir, puis crème ichthyolée (v. p. 120), alternant avec la crème d'Alibour (v. p. 389).

2° *La peau n'est que peu irritable*. On sera très prudent, on prescrira :

— Enlever les comédons et masser (v. p. 334).

— Ouvrir et cautériser les pustulètes (v. p. 361), puis tenter les savonnages : savon de goudron ou savon soufré, et lotionner avec une lotion sulfureuse de plus en plus forte (v. p. 338), ou une lotion soufrée (v. p. 340), et ensuite appliquer le traitement de la séborrhée (v. p. 332).

(Si le malade ne supporte pas le soufre, on lui appliquera le traitement mercuriel de la séborrhée (v. p. 344) : savon au goudron, lotionner avec la solution hydro-alcoolique de sublimé de 1 à 4 p. 100 ; oindre avec pommade à l'oxyde jaune de 1 à 3 p. 100 ou la pâte d'Alibour (v. p. 389).

3° *La peau n'est pas irritable.* — Ce cas est le plus favorable. On prescrira :

Masser méthodiquement (v. p. 334).

Savonner, le soir, avec un savon de goudron ou un savon soufré, en laissant au besoin la mousse sécher sur la peau pendant quelques minutes ; on l'enlève avec de l'eau chaude ; sécher.

Alterner de soir en soir la crème (ou pâte) d'Alibour (v. p. 389 et 393) et une lotion soufrée renforcée :

Soufre précipité	}	à 8 gr.
Bicarbonate de potasse		
Glycérine		
Eau de laurier-cerise		
Alcool à 60°.		

(Agiter avant de s'en servir.) [HÉBRA.]

Ou :

Soufre	50 gr.
Glycérine	30 gr.
Alcool camphré	80 gr.

[BESNIER.]

Laisser en place plusieurs heures, la nuit si possible¹.

Au matin, enlever le soufre avec un cold-cream ou une lotion aqueuse, un lait ; sécher ; recouvrir d'une crème calmante (v. p. 449), et poudrer avec de la poudre de riz.

1. Certaines peaux se trouvent mieux des pommades soufrées pures ou complexes (voir Séborrhée, p. 342).

(Lorsque l'irritation devient trop vive, on cesse la lotion soufrée, on se contente de pulvérisation d'eau sulfureuse et d'applications de pâtes calmantes d'Alibour (v. p. 389); dès que l'on peut, on recommence le traitement soufré.)

Au lieu de bain simple, prendre des bains sulfureux; par exemple, deux fois par semaine. Le bain peut être précédé, pour l'acné du tronc, d'un savonnage avec le savon au naphтол.

4° Dans les cas rebelles, et si la peau le supporte, on tente la cure exfoliatrice :

Un soir sur deux, on savonne avec de l'eau très chaude boratée et avec un savon naphтолé, ou du savon de potasse ou un composé :

Savon noir	30 à 60 gr.
Alcool à 90°	60 gr.
Glycérine	60 gr.
Eau distillée (ou eau de rose). . . .	60 à 30 gr.

L'application du savon sera graduée de la manière suivante : — savonner à l'eau chaude et rincer; — savonner à l'eau et laisser en place la mousse de savon un temps de plus en plus long; — faire de même, en diminuant de plus en plus la quantité d'eau.

En cas d'échec on aura recours à des moyens encore plus actifs :

— Un soir sur deux, on appliquera sur la peau malade des ronds de flanelle, sur lesquels on a étalé avec le dos d'un couteau un mélange exfoliant : — soit le mélange, à parties égales, d'axonge, soufre, savon noir; — soit le mélange de savon noir et de soufre (Besnier); — soit du savon pur; — soit la pâte exfoliante suivante :

Camphre	2 à 10 gr.
Naphtol 3 ou résorcine	2 à 10 gr.
Soufre précipité	6 à 30 gr.
Savon noir	6 à 30 gr.
Vaseline blonde	30 gr.
Craie préparée q. s. pour épaissir. . . .	5 à 15 gr.

Laisser en place de cinq à trente minutes, suivant la dose et suivant la tolérance de la peau; enlever cet enduit avec de la vaseline, et appliquer une pâte à l'oxyde de zinc pure ou contenant 10 p. 100 d'acide salicylique, ou une crème calmante (v. p. 419).

= L'autre soir, on se contente de savonner avec du savon de goudron; on enlève les comédons et, après les avoir extraits, on tamponne leurs orifices béants avec une lotion soufrée ou du sulfure de carbone saturé (et non sursaturé) de soufre (inflammable). On passe sur la peau environnante un coton imbibé de lotion d'Hillairet ou de :

Borate de soude.	5 gr.
Alcool à 90°	10 gr.
Glycérine.	30 gr.
Eau distillée ou de rose	60 gr.

Ou :

Carbonate d'ammoniaque.	1 à 2 gr.
Éther	30 cm ³ .
Eau	70 gr.

[Brocq.]

Puis on applique la lotion soufrée (v. p. 340) ou la poudre de riz soufrée.

Au matin, on tamponne avec l'alcool camphré ou l'alcool contenant 1 p. 100 d'acide salicylique. Le dos supporte souvent ce que la face ne pourrait tolérer.

(Lorsque l'irritation est trop vive, on la calme par des pulvérisations d'eau pure ou d'eau sulfureuse, et par l'application d'une crème ou d'une pâte d'Alibour.)

On continue ce traitement exfoliant en augmentant les doses de produits actifs, et en le surveillant très attentivement, jusqu'à ce que la desquamation se produise. On interrompt quelques jours en appliquant des pâtes calmantes ou des crèmes. Si cette première exfoliation n'a pas suffi, on reprend une deuxième cure exfoliatrice.

Les scarifications linéaires quadrillées, la **radiothérapie** (Noiré) seraient des ultimes ressources à employer.

Traitement des pustules. — Matin et soir, ouvrir les pustulettes adultes avec une aiguille flambée ou un scarificateur, et jamais avec le galvano-cautère, qui laisse une cicatrice. — Exprimer doucement le pus.

— Lorsque l'inflammation est trop vive, on intercalera ici une pulvérisation résorcinée au 1 p. 200 que l'on répètera deux à trois fois par jour en dehors de la séance du matin et de celle du soir.

— Puis cautériser les pustules ouvertes ou encore fermées avec l'eau d'Alibour ou avec l'alcool camphré : on laisse appuyé quelques minutes un tampon d'ouate imbibé d'alcool camphré ou d'alcool contenant 3 p. 100 d'acide salicylique, ou d'alcool contenant 0,75 à 1 p. 100 de sublimé. Si l'on ne craint pas les taches brunes¹, appliquer avec une allumette de bois une gouttelette de teinture d'iode sur la tête de chaque pustulette.

— Enfin, faire une onction avec une pommade d'Alibour (v. p. 389) ou au calomel au 1 p. 50 à 1 p. 20 ; ou au proto-iodure (ou au biiodure, ou au chloro-iodure mercurieux) de mercure 0^{gr},30 à 1 gramme p. 100. Dans les cas rebelles, on colle une rondelle d'emplâtre de Vigo, que l'on laisse en place toute la nuit, sauf irritation.

Si la peau n'est pas irritable, on peut encore appliquer un pansement humide permanent fait avec des compresses imbibées d'une solution aqueuse : soit de résorcine à 1 p. 300, soit de chlorhydrate d'ammoniaque à 1 p. 800 et recouvertes d'un imperméable, soit d'eau d'Alibour, diluée

1. On peut d'ailleurs enlever ces taches le lendemain matin avec l'alcool ou avec une solution aqueuse d'iodure de potassium à 15 p. 100 ou mieux avec de l'eau additionnée de quelques gouttes d'ammoniaque.

à 1 p. 10, 1 p. 30, 1 p. 100; soit de liqueur de Gowland :

Sublimé	0,10 à 0,40
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0,30 à 0,90
Alcool à 90°	} à 7,5
Eau de laurier-cerise	
Émulsion d'amande amère ou mieux eau distillée.	250 gr.

La cautérisation des pustulettes naissantes doit être un travail de patience auquel le malade doit s'astreindre matin et soir.

S'il existe des nodules profonds torpides chroniques, on recourra à la scarification.

Tel est résumé ce traitement des acnés, si complexe en pratique. Suivant chaque malade, on graduera l'activité de la médication locale, et surtout on donnera la première place au traitement de l'élément prédominant : peau irritable, séborrhée, comédon, pustules. Souvent ces dernières étant au premier plan, ce sont elles qu'il faut, avant tout, combattre. Mais on n'oubliera pas que, pour en éviter le retour, il est nécessaire de poursuivre le traitement général, et, localement, de corriger le terrain séborrhéique qui permet leur éclosion.

*
* *

2° INFECTIONS EN SURFACE PAR LES STREPTOCOQUES

Streptococcies humides suintantes : Impétigo (fig. 38) et intertrigo (avec ou sans eczématisation) (p. 399-400). — **Streptococcies sèches : Pityriasis faciei, etc.**

Les bactéries cutanées, et surtout le streptocoque, peuvent déterminer des lésions multiples sur ce terrain

séborrhéique, plus fréquemment encore que sur une peau normale (voir *Épidermites micobiennes*, p. 398 et 755); les unes sont sèches : pityriasis streptococciques, etc.; les autres sont ou bulleuses et croûteuses, ou humides et suintantes, etc.; d'autres polymorphes réunissent plusieurs aspects (v. p. 777).

Le streptocoque n'est pas seul à donner cette gamme d'épidermites : bulleuses, humides, sèches; le staphylocoque, lui aussi, peut déterminer des lésions rouges squameuses, par exemple, la « séborrhéide péripilaire ».

1° Streptococcies bulleuses et suintantes : Impétigo, intertrigo, etc. — Plusieurs de ces infections sont bien connues et incontestées : impétigo à bulles éphémères et à croûte mélicérique (fig. 38); impétigo-ecthyma bulleux à bulle durable, à croûte tardive, épaisse, ecthymateuse; tourniole; perlèche ou impétigo des commissures des lèvres (v. p. 387).

Moins connues, et cependant très fréquentes et très importantes, sont les streptococcies humides suintantes de la peau vague et des plis. Tantôt la lésion a vraiment commencé par des bulles fragiles d'impétigo vulgaire, et, même lorsque l'épiderme des surfaces cutanées des plis est devenu suintant, il persiste sur les bords de la lésion des croûtes mélicériques impétigineuses. Tantôt le streptocoque semble d'emblée avoir donné une lésion suintante sans formation de bulles, ni d'impétigo vulgaire.

Fréquemment, ces streptococcies suintantes appellent l'eczématisation, d'où le mélange de cette épidermite streptococcique et des vésicules d'eczéma qui, à leur tour, s'infectent. Aussi peut-on soutenir que la plupart des eczémas rétro-auriculaires (et plus généralement des

plis) ne sont qu'un mélange d'infection et d'eczéma. Peu importe que l'eczéma commence, puis s'infecte, ou qu'au contraire la streptococcie appelle secondairement l'eczéma ; lorsqu'on voit le malade, les deux processus s'ajoutent et s'aggravent réciproquement et c'est la notion d'infection qui doit dominer le traitement local (v. p. 400).

2° Streptococcies sèches furfureuses, ou Pityriasis streptococciques : Pityriasis faciei et des parties glabres. — Le streptocoque, sur peau séborrhéique ou non, détermine fréquemment des épidermites sèches : pityriasis faciei, pityriasis furfureux des aisselles et toute la gamme des dermo-épidermites microbiennes squameuses (v. p. 771).

Le pityriasis faciei ou impétigo sec de Sabouraud est la dartre furfureuse, volante, farineuse des anciens. Cette affection très fréquente chez les enfants et les adolescents, chez les femmes à peau fine, surtout au printemps et à l'automne, dessine sur la face, et quelquefois sur le cou, des plaques petites ou grandes de 3 à 30 millimètres, arrondies, à bords mal délimités, grisâtres, parfois rosées, desquamant en poudre farineuse lorsqu'on les gratte, et laissant alors apparaître l'épiderme sous-jacent, souvent rosé. Elles n'ont aucune gravité, démangent à peine, mais récidivent facilement, et peuvent se compliquer d'eczéma rebelle, d'où leur classification dans les eczémas séborrhéiques, malgré que l'eczéma et le terrain séborrhéique manquent très souvent.

Le diagnostic est facile avec l'eczéma, les pityriasis stéatoïdes, le psoriasis, les parapsoriasis, l'ichthyose, la kératose pilaire, etc. (v. ces dermatoses).

TRAITEMENT. — Éviter les irritations : le froid, le vent, la pluie, le bord de la mer, etc.

Lorsque la peau n'est pas irritable, laver à l'eau salée chaude à 7 p. 1 000 et au savon de goudron, puis appliquer de la pommade au calomel et au tanin (v. p. 366).

Lorsque la peau est irritable, laver à l'eau bouillie additionnée de borate de soude, ou de bicarbonate de soude (eau de Vichy, eau de La Bourboule), et au savon de goudron boraté le soir, savon boraté le matin.

Tamponner, si l'épiderme n'est pas trop irrité, avec :

Acide salicylique.	4 gr.
Alcool.	40 gr.
Eau distillée.	90 gr.

Puis faire une onction avec une mixture boratée glycérinée, par exemple :

Glycérolé d'amidon	30 gr.
Borate de soude	1 à 2 gr.
(Facultativement acide salicylique.)	0 gr. 30)

Ou :

Borate de soude.	5 gr.
Glycérine neutre.	} à 50 gr.
Eau de rose.	
Eau	200 gr.

Ou :

Borate de soude.	0 gr. 60
Teinture de benjoin	XXX gouttes
Oxyde de zinc.	3 gr.
Cold-cream frais.	15 gr.

Laisser tel quel, ou poudrer par-dessus avec une poudre d'amidon de riz.

Répéter plusieurs fois par jour ces onctions.

Si ce traitement ne suffit pas, remplacer la mixture glycérinée par une pâte salicylée boratée, une crème d'Alibour (v. page 389) ou par une pommade au calomel :

Calomel	0 gr. 30 à 1 gr.
Glycérolé d'amidon	45 gr.
Tanin	0 gr. 60 à 1 gr. 20
Oxyde de zinc.	3 gr.

Si ce traitement reste encore insuffisant, on usera de tamponnements à l'eau résorcinée au 1 p. 100 et de pommade salicylique soufrée, avec ou sans goudron ou huile de cade; ou de pommade au naphthol : 1 p. 50 à 1 p. 10; ou de pommade résorcinée 1 p. 50 à 1 p. 10.

On assurera la guérison et on entretiendra la peau par des lavages à l'eau additionnée de benjoin ou de borate de soude et avec le savon boraté.

3° Formes associées et de transition ¹. — Entre ces infections sèches et humides, on peut trouver tous les inter-

1. « Aux infections sur-séborrhéiques, notamment aux streptococcies, je rattache, disais-je en 1914, cette variété dite *pityriasis rubra séborrhéique* ou « variété érythrodermique des parakératoses ». De larges zones cutanées sont envahies, les placards débuent d'ordinaire à la face : nez, sillons nasogéniens, sillons rétro-auriculaires; ils envahissent bientôt la totalité ou la presque totalité du visage jusqu'aux oreilles, le cou, les aisselles, le thorax, l'abdomen, et peuvent rejoindre des lésions semblables ayant débuté dans les plis inguinaux et fessiers; la peau est rouge d'un rouge bistre ou d'un rouge vif si la lésion est irritable, plus ou moins squameuse, légèrement infiltrée. Parfois l'exfoliation est abondante; souvent elle est très fine et semble disparaître

médiaires et, sur un même malade, on peut voir coexister ou se succéder, surtout dans les plis rétro-auriculaires et inter-fessiers, l'impétigo banal à vésicule éphémère à croûte mélicérique, l'impétigo-ecthyma à bulle durable, et toutes les variétés d'épidermites microbiennes : le pityriasis faciei (ou dermite sèche streptococcique), etc., le tout pouvant se compliquer d'eczéma suintant ou sec. L'impétigo sec du visage se complique fréquemment d'impétigo bulleux, et inversement l'intertrigo humide, suintant, rétro-auriculaire, streptococcique semble guérir en se transformant en épidermite sèche, streptococcique. L'intertrigo humide est souvent débordé d'impétigo sec, etc. « Je viens d'observer, disais-je en 1914, un de ces cas de passage tout à fait démonstratif : le malade semble couvert de placards « d'eczéma séborrhéique » rouges, papulo-squameux, psoriasiformes ; or lorsqu'on surprend le début de ces lésions, on les voit commencer par une bulle remplie de sérosité contenant du streptococque et qui bientôt louchit, s'affaisse, devient une squame au lieu de s'éteindre ou de rester humide comme dans l'impétigo vulgaire ; les éléments persistent et s'accroissent sous la forme papulo-squameuse. » Depuis la guerre, l'étude des épidermites microbiennes m'a montré toutes les formes de transition possibles (v. p. 771).

quand on graisse la peau ; sur ce fond de dermite rouge et squameux on peut voir des bulles d'impétigo durables ou éphémères devenant squameuses. Souvent des vésicules d'eczéma viennent se surajouter dans certaines régions, surtout dans les plis cutanés. Ce pityriasis disparaît lentement, de bas en haut d'ordinaire, donc en suivant une marche inverse de sa progression. » L'étude des blessés de guerre a confirmé que ce pityriasis rubra n'était qu'une variété d'épidermite microbienne (v. p. 717).

*
* * *

3° PITYRIASIS SIMPLEX CAPITIS

Cette infection, due au pityrosporon ou bacille bouteille de Malassez¹, est vulgairement connue sous le nom de « pellicules » du cuir chevelu.

Il est rare de surprendre le début du pityriasis par des plaques arrondies, bien limitées, de progression excentrique, dont le centre desquame en fines pellicules sèches. Bientôt le cuir chevelu est pris en presque totalité et la desquamation devient diffuse, plus ou moins abondante, plus ou moins prurigineuse; la peau au-dessous des squames est de coloration normale. La desquamation est tenace et, non traitée, se reproduit sans cesse.

Fréquent dès l'enfance et presque toujours pur, le pityriasis ne détermine pas d'alopécie. Mais souvent, vers les vingt-cinq à trente ans, le pityriasis de la tête se complique d'infection séborrhéique; les squames, autrefois sèches et micacées, deviennent grasses, tachant le papier et le complexe ainsi réalisé est une des causes les plus fréquentes des alopecies de l'adulte. Au contraire, sauf exception, le pityriasis des autres régions pileuses, barbe, moustache, sourcils, pubis, reste sec pur et ne se complique pas d'alopécie. La transformation en pityriasis stéatoïde

1. La *teigne amiantacée* d'Alibert, dont la nature reste encore énigmatique, est parfois classée dans les pityriasis bien qu'elle ne relève pas de l'infection due au bacille bouteille. Les rapports avec les épidermites microbiennes sont évidents (v. p. 772). Les squames abondantes, épaisses, stratifiées, sèches, blanches, amiantacées, brillantes, agglutinent les cheveux. En soulevant les paquets de cheveux on détache des lames de squames superposées comme les feuillets d'un livre. Le traitement est celui des dermatoses non irritables (v. psoriasis du cuir chevelu, p. 238) et des dermoépidermites microbiennes (v. p. 790).

(ancien eczéma séborrhéique) est fréquente (v. p. 373).

On a donc pu dire qu'au cuir chevelu le pityriasis précédait et préparait la séborrhée, alors que sur le thorax la séborrhée précède et prépare les pityriasis.

L'eczématisation secondaire est une complication beaucoup plus rare, elle peut s'accompagner de prurit et déterminer à la longue de la lichénisation (v. p. 294).

Le **diagnostic du pityriasis capitis** est facile avec les pityriasis stéatoïdes, les eczémas secs, le psoriasis, etc., et peu important en pratique, car le traitement est le même. Le seul diagnostic important, capital, est celui des *teignes* (v. p. 619), faciles d'ordinaire à reconnaître à leurs cheveux cassés et profondément altérés; il suffit d'y penser et dans les cas douteux d'examiner microscopiquement les poils suspects (v. p. 618 et fig. 120).

TRAITEMENT : On enlève les pellicules en frictionnant fortement avec la solution obtenue en versant dans un verre d'eau chaude une cuiller à café d'un mélange de borate et bicarbonate de soude pulvérisés (parfumé au terpinéol de Laire par exemple) :

1° *Chez les enfants.* — Tenir les cheveux courts chez les garçons, frictionner la tête tous les soirs avec de l'eau boratée ou bicarbonatée, ou avec la solution d'Hillairet ou mieux avec :

Alcool de lavande ou de citron . . .	20 gr.
Alcool à 60°	275 gr.
Teinture d'iode fraîche	5 gr.

[SABOURAUD.]

2° *Chez les adolescents et adultes atteint de pityriasis sec*, lotionner avec :

Alcool à 60°	180 gr.
Teinture de quillaya	20 gr.
Huile de cade	2 gr.
Teinture d'iode.	XX gouttes.

[SABOURAUD]

Ou, s'il y a tendance à l'eczéma :

Teinture de quillaya	40 à 20 gr.
Huile de cade.	20 gr.
Eau chaude	90 à 80 gr

[SABOURAUD]

Si le cuir chevelu a tendance à devenir gras ou reste gras après guérison du pityriasis, lotionner avec :

Liqueur d'Hoffmann	200 gr.
Eau distillée	50 gr.
Azotate de potasse	0 gr. 50
Coaltar saponiné.	} à 25 gr.
Alcool de lavande	

[SABOURAUD]

Après guérison du pityriasis, entretenir la guérison en usant *pendant des années* de la lotion suivante :

Sublimé.	0 gr. 25 à 0 gr. 50
Résorcine.	} à 0 gr. 50 à 1 gr.
Acide salicylique	
Alcool à 90°	250 gr.
Alcool parfumé (de mélisse, de citron, etc.).	25 gr.

Facultativement et suivant la sécheresse du cuir chevelu 0 gr. 50 à 2 gr. 50 d'huile de ricin, ou graisser le cuir chevelu avec une brillantine pure ou salicylique (v. p. 338).

3° *Chez les adolescents et adultes atteints de pityriasis gras*, porter les cheveux courts chez l'homme, peignés dans leur direction naturelle (non en brosse par exemple).

Chez un adulte dont le cuir chevelu n'est pas irritable, un traitement simple parce que rapidement effectué consiste en frictions, le premier soir avec une lotion sulfureuse (v. p. 338), le deuxième soir avec une émulsion cadique (collosol cadique) ou au coaltar saponiné (une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau chaude), le troisième soir avec l'acétone ou la liqueur de Hoffmann; recommencer immédiatement le cycle ou intercaler un ou deux jours de repos; — tous les matins frictionner avec une lotion excitante (v. p. 747); — savonner tous les huit ou quinze jours avec un savon cadique sulfureux et regraisser les cheveux s'il y a lieu avec une brillantine.

On modifie ce schéma suivant les cas :

Si les démangeaisons sont marquées, on répétera les lotions sulfureuses, ou, à défaut, les lotions de sublimé au 1/500, de naphthol au 1/100, de résorcine au 1/200, d'ammoniaque à 3 0/0 (par exemple : ammoniaque, 3; rhum ou alcoolat de citron ou de romarin, 30; eau ou eau de rose, 70).

Si la séborrhée prédomine, on emploiera les sulfureux ou le soufre (v. Séborrhée, p. 338).

Si les squames sont rebelles, on augmentera la dose d'huile de cade (v. p. 370) et on l'associera au soufre, on ajoutera du naphthol β . de la résorcine, ou de l'acide salicylique, de l'oxyde jaune (v. Séborrhée, pommade de Vidal, p. 342). On usera de pommade au goudron, naphthalan, sapolan, pétrolan, etc.

Si le cuir chevelu tend à desquamer et à « sécher », on usera le soir de ces pommades : on les applique

après les avoir liquéfiées à la chaleur, on les enlève en savonnant le lendemain matin, ou en lotionnant avec un dégraissant : éther de pétrole, ou mieux acétone, etc.

Si au contraire l'épiderme est très gras, on insistera sur les dégraissants : éther de pétrole, acétone.

Si le cuir chevelu s'irrite, on reviendra au coaltar sapoiné ou même aux jaunes d'œufs battus dans de l'eau, etc.

En un mot on variera non seulement suivant chaque malade, mais *chez un même malade, suivant l'état du cuir chevelu*. Voici un exemple emprunté à Sabouraud :

Le soir, tous les huit, trois ou deux jours, suivant l'intensité des lésions, appliquer sur le cuir chevelu, suivant la formule des 20 raies, 20 minutes (v. p. 338), une couche de la mixture suivante en frictionnant rudement avec un tampon de coton :

Huile de cade désodorisée	} aa 10 cm ³
Huile de cèdre.	
Acétone anhydre.	30 cm ³
Alcool à 96°.	60 cm ³

Ou si *l'élément séborrhée* devient prédominant :

Huile de cade désodorisée (ou huile de cèdre à la rigueur).	} aa 10 gr.
Huile soufrée (ou soufre).	
Acétone anhydre.	30 gr.
Alcool à 96°.	60 gr.
Parfum (œillet par exemple)	Q. s.

(Suivant que prédomine ou le pityriasis ou la séborrhée, on augmentera ou l'huile de cade (et de cèdre) ou le soufre.)

Le lendemain matin, savonner raie par raie avec un

savon peu alcalin, par exemple avec du savon simple à la glycérine ou du savon liquide résorciné ; si l'on n'en craint pas l'odeur, mieux vaudrait encore un savon cadique ou au goudron ; rincer soigneusement, sécher avec des serviettes chaudes et regraisier, s'il y a lieu, les cheveux rendus trop secs avec une brillantine à l'huile de cèdre, « capillosol » par exemple.

Si la malade peut garder, sans la savonner, la couche d'huile de cade, etc., elle en tirera avantage ; une femme aux cheveux longs peut se le permettre, elle ne se savonnera que trois à cinq jours plus tard.

Dans l'intervalle, faire une friction avec une lotion anti-séborrhéique et excitante (v. p. 747), par exemple :

Eau distillée	30 gr.
Azotate de potasse	0 gr. 60
Formol à 40 p. 100	0 gr. 30
Éther éthyloformique	0 gr. 30 à 0 gr. 60
Éther officinal	30 cm ³
Alcoolat de citron	30 cm ³
Alcool à 90°	Q. s. pour 300 cm ³
	[SABOURAUD]

*
* *

4° PITYRIASIS STÉATOÏDES ¹.

Les pityriasis stéatoïdes résultent de l'association de pityriasis dû au pityrosporon de Malassez, de séborrhée

1. Malgré notre répugnance pour les indications théoriques, il nous faut rappeler l'encombrante synonymie de cette infection cutanée : lichen circumscriptus (Willan et Bateman), lichen gyratus (Cazenave et Bielt), lichen annulatus serpiginosus (E. Wilson), lichen acnéique (Weyl), eczéma acnéique (Bazin et Lailler),

due au microbacille de Sabouraud, de staphylococcie et souvent d'eczématisation larvée (fig. 39).

Ils ont trois sièges d'élection : les régions médio-thoraciques antérieure et postérieure ; la face, surtout les sillons nasogéniens et le pourtour des narines ; le cuir chevelu ; en un mot les sièges de la séborrhée.

On en connaît deux formes principales : l'une nummulaire et circinée, l'autre, punctiforme et péripilaire.

— La *forme nummulaire circinée*, vulgaire, est la plus fréquente (fig. 39). Elle débute par un point rouge papulo-squameux, souvent déjà prurigineux. Lorsqu'elles'accroît excentriquement, le centre s'affaisse, devient rouge jaunâtre ou jaune orangé, alors que la périphérie reste saillante et forme un liséré papuleux, rosé ou rouge, lisse ou squameux, souvent hérissé de très petites papules (d'où le vieux nom d'eczéma acnéique) ; le bord est nettement délimité ; la lésion est douce, grasse au toucher et souvent les squames sont des squames-croûtes onctueuses, stéatoïdes ; le grattage enlève facilement des squames lernes et grasses, dénude le derme et donne la rosée sanglante¹. Le prurit est inconstant, irrégulier, parfois très vif. Dans leur progression excentrique, les lésions arrivent à confluer, formant des dessins circinés plus ou moins serpigineux, dont le centre peut guérir.

Dans le cuir chevelu, qui est le siège habituellement de démangeaisons, parfois dans la barbe, au pubis, etc., la

eczéma flannelaire de l'hôpital Saint-Louis, seborrhea corporis (Dühring), circinaria (Payne), séborrhéides circinées et figurées (Audry), dermatoses figurées médiathoraciques (Brocq) ; eczématides (Darier).

1. Suivant l'aspect, Sabouraud décrit « des formes objectives caractérisées par des squames : 1° poudreuses, 2° pelliculaires, 3° furfuracées, 4° cartonneuses, 5° pâteuses, 6° boueuses ».

lésion se déforme plus ou moins : on découvre soit des placards arrondis, irréguliers, squameux et rouges, plus ou moins psoriasiformes, soit une desquamation pityriasique diffuse du cuir chevelu, avec, çà et là, des zones plus rouges que l'on aperçoit après ablation des écailles épidermiques. Souvent ces placards débordent la ligne d'implantation des cheveux de 3 à 10 et 15 millimètres, et dessinent en se réunissant une couronne sinueuse plus ou moins continue (*corona seborrheica*) ; souvent ils descendent dans les plis rétro-auriculaires où ils persistent, tenaces, constituant des repaires et des menaces de récidives.

Certains eczématisables ajoutent des vésicules d'eczéma à ces lésions et parfois une poussée aiguë d'eczéma vient compliquer la situation, agglutinant les cheveux, rendant très délicate toute intervention.

Certains névropathes, à force de se gratter, lichénisent leur cuir chevelu, la nuque, etc., transformant leur infection bénigne en une affection très pénible et désespérément rebelle (v. p. 291).

— La *variété péripilaire punctiforme* est formée de petits éléments rouges à peine saillants, recouverts d'une croûte squameuse, nés autour des poils ; ils sont groupés par 3 ou 4 au moins, 15 à 20 au plus au début ; ils peuvent ensuite former des nappes irrégulières.

L'**évolution** des pityriasis stéatoïdes est chronique, ils guérissent facilement, mais récidivent souvent, et se compliquent d'*alopécie* au cuir chevelu et parfois d'eczématisation.

Les seuls **diagnostics** importants sont ceux des syphilitiques (v. *Traitement de la syphilis*, p. 281), et des teignes (v. p. 619).

Le **traitement** doit viser la séborrhée et l'infection, d'où l'association de soufre et des antiseptiques : pâte réductrice (v. p. 189), pâte d'Alibour faible ou moyenne (v. p. 389 et 393) ou :

Oxyde jaune de mercure ou turbith . . .	0 gr. 50 à 3 gr.
Tannin	0 gr. 50 à 3 gr.
Oxyde de zinc	} à à 10 gr.
Talc.	
Huile d'amande douce	

Ou :

Résorcine	0 gr. 30 à 1 gr.
(Soufre	1 gr. à 5 gr.)
(Goudron	1 gr. à 10 gr.)
(Acide salicylique	1 gr. à 2 gr.)
Oxyde de zinc	} à à 15 gr.
Talc	
Huile d'amande douce	

(On peut ajouter : acide pyrogallique 1 à 3 gr.)

*
* *

5° ECZÉMAS, PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT, PSORIASIS, ÉPIDERMITES MICROBIENNES

ET AUTRES ÉRUPTIONS INDÉTERMINÉES SUR TERRAIN
SÉBORRHÉIQUE.

Les séborrhéiques peuvent encore présenter d'autres dermatoses plus ou moins bien classées, qui sont ou des formes de transition, ou plus souvent des complexes, c'est-à-dire des mélanges dans une même lésion de diverses affections.

— I. Les unes sont de l'eczéma véritable, greffé sur séborrhée, et souvent favorisé par les nombreux microbes qui vivent sur la peau et dans les glandes des séborrhéiques. Les eczémas sur-séborrhéiques peuvent se rencontrer dans toutes les régions : face, cuir chevelu, plis cutanés. Une des localisations les plus tenaces est l'eczéma palpébral : les bords libres des paupières et parfois le pli des deux paupières, surtout le grand angle de l'œil, peuvent être affectés ; ces lésions, trop souvent rebelles, sont sujettes à des poussées aiguës « inflammatoires », quelquefois provoquées par des causes futiles, coup d'air ou coup de froid, poussière. Seuls ces faits méritent vraiment l'ancien diagnostic d'*eczéma séborrhéique* ou mieux *sur-séborrhéique* (fig. 40).

— II. Les autres ressemblent au *pityriasis rosé* de Gibert par leur début brusque ou rapide, leur fréquente généralisation, l'aspect en médaillons inégaux (v. p. 207). Le prurit est très variable, pouvant exagérer les vésiculettes d'eczéma et même entraîner la lichénisation. De ces affections pityriasiformes, quelques-unes sont de vrais pityriasis rosés de Gibert sur terrain séborrhéique ; la plupart ne sont que des érythèmes circinés, encore mal connus, dus à des champignons, comme celui de Dubois ou à des cocci (épidermites microbiennes, p. 755) ; certaines ne sont que des eczémas secs surséborrhéiques ou des pityriasis stéatoïdes franchement eczématisés.

Le diagnostic avec le pityriasis rosé de Gibert a un certain intérêt thérapeutique, car le pityriasis rosé craint d'être irrité et guérit seul, tandis qu'un traitement doux, mais actif, hâte la guérison des « eczémas séborrhéiques pityriasiques ». Une plaque primitive plus grande, des

médailleurs très spéciaux (v. p. 207), le faible degré du prurit, l'absence de pityriasis du cuir chevelu et de lésions des plis, l'évolution feront reconnaître le pityriasis rosé de Gibert.

— III. D'autres dermatoses sur-séborrhéiques ressemblent à du psoriasis et peuvent en reproduire tous les aspects, attaquer même les paumes et les plantes, le ongles, provoquer toutes les complications, d'où les noms d'eczéma séborrhéique psoriasiforme, de séborrhéides psoriasiformes, de parakératoses psoriasiformes.

Ce sont des lésions disparates n'ayant de commun que leur aspect rouge psoriasiforme, et leur apparition fréquente, mais non constante, sur terrain séborrhéique. Assez mal délimitées elles semblent faire la transition entre les psoriasis vrais, les eczémas, les pityriasis stéatoïdes, les impétigos. De fait, les unes sont manifestement des psoriasis atypiques (formes sèches) ou des psoriasis modifiées par le terrain gras (psoriasis sur-séborrhéique). Les autres sont des psoriasis (sur-séborrhéiques ou non) eczématisés, montrant des lésions d'eczéma sec ou d'eczéma suintant. D'autres se rapprochent des pityriasis stéatoïdes et certaines sont un mélange de cette affection et de psoriasis. D'autres sont certainement des infections cutanées streptococciques (v. p. 771), mycosiques, ou autres : je viens d'en observer un beau cas où le début bulleux était très éphémère et laissait au bout de quelques heures des éléments papulo-squameux que classiquement tout le monde étiquette eczéma séborrhéique psoriasiforme. Enfin l'eczéma peut venir se superposer à chacune de ces lésions, surtout aux plis cutanés, donnant des hybrides qui ont fait créer la

conception de l'eczéma séborrhéique. Ces lésions, si elles sont prurigineuses, peuvent se lichéniser.

Il importe de dissocier ces complexes afin de les traiter suivant leur nature et leurs tendances.

— IV. Il reste un certain nombre d'affections indéterminées de causes inconnues qui semblent pourtant avoir une relation clinique avec le terrain séborrhéique et guérissent par le traitement anti-séborrhéique : beaucoup semblent être des dermoépidermites microbiennes, streptococciques ou autres (v. p. 771). Ce sont, au cuir chevelu, la teigne amiantacée d'Alibert (v. p. 368, note 1), aux membres, des éruptions pétaloïdes « circonscrites à développement élégant floral », sur la peau glabre des éléments psoriasiformes ou pityriasiques, des érythèmes inigrants (?) ou perstans (?), etc.

*
* *

En résumé, en nosographie, le groupement des eczémas séborrhéiques, ainsi que l'a si bien montré Sabouraud, devrait disparaître. En clinique ces dermatoses posent un problème diagnostique souvent difficile à trancher, mais qui n'a heureusement aucune importance thérapeutique. En effet, lorsqu'on a éliminé la **syphilis**¹, peu importe qu'il s'agisse de psoriasis, d'eczéma sec, d'infection, etc. Le traitement est le même, traitement général basé sur l'examen complet du malade, traitement externe basé sur l'étude de l'état local :

1. Voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 272, 278, 281, etc. Le diagnostic est d'autant plus difficile que sur une peau séborrhéique les syphilides prennent souvent un aspect hybride ressemblant à l'acné, à l'eczéma, aux pityrias rosés, et souvent aux pityrias stéatoïdes.

— Les lésions plus ou moins rouges et tuméfiées, donc irritables, demandent le traitement doux des eczémas torpides : pâte cadique ou goudron, en lui associant du soufre (v. p. 189).

— Les lésions suintantes réclament le nitratage et les pâtes au goudron ou le goudron pur (v. p. 186).

— Les lésions infectées, folliculites ou autres, souvent très tenaces, seront antiseptisées suivant la règle (v. p. 389), etc. ; les infections latentes en surface (pityriasis) seront traitées par des pâtes antiseptiques faibles : pâte cadique, soufrée, salicylée (v. p. 189) ou par des pommades mercurielles, et même par les solutions antiseptiques, eau d'Alibour, teinture d'iode diluées, solution de sublimé au 1/500, et, le cas échéant, savon de goudron.

— Les lésions grasses seront traitées comme la séborrhée (v. p. 342).

— Les lésions sèches sont justiciables de la même attaque que les psoriasis, mais toujours en tâtant la tolérance du sujet : pâtes cadiques et réductrices (v. p. 189), pommades mercurielles (v. p. 238), baumes (v. p. 92), etc.

Plus la lésion est grasse, plus il faut de soufre ; plus elle est squameuse, plus il faut d'huile de cade.

On se méfiera toujours de la tendance eczémateuse de la plupart de ces malades et les poussées aiguës d'eczéma seront traitées par les pulvérisations et les poudres comme l'eczéma pur, quitte, à la période de régression, à agir plus vigoureusement.

Enfin, après la guérison, il importera de traiter le terrain séborrhéique afin d'éviter la récurrence.

CHAPITRE VII

PYODERMITES

INFECTIONS CUTANÉES DUES AUX STREPTOCOQUES, STAPHYLOCOQUES, ETC.

Indications thérapeutiques générales, p. 384.

Erreurs de diagnostic à éviter, p. 386.

Infection en surface, p. 387. — 1° Impétigo vulgaire, p. 387.

2° Impétigo-ecthyma bulleux, p. 391 et 3° Ecthyma pustuleux, p. 392.

4° Impétigo-ecthyma ulcéreux ou rupia, p. 393.

5° Impétigo papuleux syphiloïde, p. 395.

6° Streptococcie sèche du visage ou dartres furfuracées, p. 397;

7° Dermoépidermites microbiennes : épidermite chronique streptococcique nummulaire et épidermite diffuse érythémato-squameuse streptococcique, p. 398.

8° Infections des plis cutanés : intertrigo rétro-auriculaire, intertrigo des plis articulaires, p. 399.

9° Perlèche (intertrigo des commissures labiales), p. 400.

10° Kératite phlycténulaires et orgelets, p. 401.

Infections des glandes pilo-sébacées, p. 402.

— Folliculites suppurées pustuleuses, p. 402.

1° Folliculites pustuleuses orificielles, p. 402 et 2° Folliculites pustuleuses profondes ou sycosis, p. 403.

3° Folliculites décalvantes, p. 407.

4° Sycosis lupoïde, p. 408.

— Furoncles et anthrax, p. 409.

Complications des pyodermites : éléphantiasis, p. 416; ulcères, p. 416; botryomycomes et bourgeons charnus, p. 417.

Traitement préventif et de sûreté des pyodermites, p. 418.

Pronostic lointain des pyodermites : le danger des microbes saprophytes et des repaires microbiens, p. 420.

Le problème pronostique et thérapeutique est dominé par la notion d'infection locale. En effet, sauf exception,

l'état général n'est pas atteint, le pronostic est bénin ; et, sauf irritabilité cutanée, on doit traiter ces affections par des antiseptiques appliqués localement. Enfin on doit prendre des précautions prophylactiques pour le malade lui-même et pour son entourage, car toutes ces infections sont auto-inoculables et contagieuses, parfois même épidémiques (épidémie d'école, etc).

Tous les microbes peuvent donner des pyodermites, mais les plus souvent rencontrés sont les streptocoques et les staphylocoques qui, on le sait, sont des microbes saprophytes de la peau et des muqueuses.

Parfois les microbes pyogènes parviennent à l'épiderme par la voie vasculaire sanguine : ce sont des septicémies avec embolies cutanées formant des papules, bulles ou pustules : pemphigus fébrile grave (v. p. 253), pemphigus épidémique des nouveau-nés (v. p. 253), impétigo herpétiforme (v. p. 253), furoncle métastatique, etc. Le problème pronostique et thérapeutique est différent de celui des pyodermites ordinaires, il est dominé par l'infection générale et, bien que l'on doive traiter localement les lésions par le traitement des pyodermites, c'est avant tout la toxi-infection générale qu'il faut combattre (v. chap. X, p. 450).

Le plus souvent, les microbes pyogènes sont inoculés de dehors en dedans par la voie épidermique.

Les *streptocoques* donnent : — l'érysipèle, les lymphangites réticulaires et tronculaires, les éléphantiasis nostras des membres inférieurs, de la lèvre supérieure, etc., lorsqu'ils attaquent le derme et l'hypoderme ; — l'impétigo vrai et l'impétigo sec (pityriasis faciei), l'impétigo-ecthyma bulleux des membres, l'impétigo ulcéreux (rupia), la perlèche, la kératite phlycténulaire, et les orgelets, l'in-

tertrigo rétro-auriculaire et des plis articulaires, la tour-niole (panaris) et l'impétigo des doigts, toute la gamme des dermoépidermites microbiennes diffuses érythro-squameuses (v. chap. XXIV, p. 755), la dermite infantile papuleuse syphiloïde post-érosive de Jacquet et Sevestre, etc., lorsqu'ils attaquent surtout l'épiderme. Entre ces différents types existent toutes les transitions et un même malade peut présenter en même temps plusieurs de ces affections.

Les *staphylocoques* peuvent réaliser certains des types précédents : lymphangites, ecthyma bulleux (d'emblée purulent) ; ils déterminent surtout des infections des follicules pileux : — folliculites pustuleuses orificielles (impetigo de Bockhart) ; — folliculites pustuleuses profondes ou sycosis ; — folliculites torpides décalvantes ; — sycosis lupoïde — furoncles et anthrax — abcès sous-cutanés, etc. Presque toujours les staphylocoques surinfectent les lésions streptococciques ; aussi lorsque le malade en se grattant dissémine des pyodermites, ce sont souvent des pustules staphylococciques.

Les autres microbes interviennent plus rarement : entérocoques et cocci indéterminés, bacille pyocyamique, bacilles pseudo-diphthéritiques, etc., et même le gonocoque. Le gonocoque par exemple peut déterminer des pustulettes et folliculites des régions génitales, — de l'intertrigo génito-crural avec ou sans érosions ou pustules, — des ulcérations crurales, — des dermatites suppurées circonscrites du dos de la main, — des éruptions pustuleuses disséminées et même des panaris ; il faut ajouter ces kératoses singulières des pieds et des mains (v. fig. 52) : la lésion siège tantôt face dorsale des phalanges, tantôt face palmoplantaire ; sur une papule

rouge apparaît bientôt un cône kératosique; la lésion adulte est donc formée de cônes cornés, de 2 à 8 millimètres, isolés ou agminés, blanc jaunâtre, auréolés d'un liséré rouge de 1 à 4 millimètres. Le gonocoque peut encore provoquer de la conjonctivite, de la stomatite, etc. (surtout chez le nouveau-né), des balanites avec ou sans pustules (ulcère blennorragique serpiginieux) avec parfois petits abcès et même lymphangite, adénite, des folliculites et des ulcérations simulant les chancres syphilitiques et mous, etc.

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES GÉNÉRALES

Les pyodermites seront traitées avant tout par des antiseptiques appliqués localement en pulvérisations et lotions, cautérisations, pâtes et pommades, emplâtres, poudre (v. p. 389, etc.), ou par des antiphlogistiques : pansements humides, etc. On se méfiera que les antiseptiques peuvent irriter une peau irritable et provoquer de l'eczématisation secondaire; il faudra donc graduer les doses, surveiller la réaction des téguments, préférer au début les méthodes douces.

Les pyodermites seront souvent traitées en outre par des médicaments anti-infectieux internes : étain, levure de bière, ferments métalliques, vaccins (v. p. 414), etc.

Enfin de nombreuses indications thérapeutiques peuvent être tirées de l'étude des causes générales et locales :

Facteurs généraux. — 1° L'influence du *terrain* n'est pas douteuse dans nombre de cas : de multiples *affections affaiblissant la résistance* de l'organisme préparent ces infections cutanées; les enfants débiles, blonds, scrofulo-lymphatiques, chlorotiques, les dyspeptiques, albuminu-

riques, phosphaturiques, les adultes cachectiques et surtout les *diabétiques* sont particulièrement prédisposés; d'où la nécessité, dans la plupart des pyodermites rebelles et récidivantes, d'un *traitement interne* étiologique : sirop iodotannique phosphaté-arsenical, etc. (v. p. 531), huile de foie de morue, séjour à la montagne, etc.

2° Certaines *éliminations cutanées* prédisposent aux pyodermites : telles sont les éliminations d'iode, de bromure, de poisons alimentaires et d'auto-intoxications; d'où la nécessité souvent d'un *régime de désintoxication* (v. p. 174) et l'utilité parfois des bains de vapeur qui « dégorge » la peau.

3° Les microbes saprophytes ou les germes pullulant dans les lésions ne sont pas sans *sensibiliser* l'organisme par leurs toxines, ils le rendent réceptif à la moindre dissémination microbienne. Ce sera le rôle des vaccinations de désensibiliser l'organisme (v. p. 414).

Facteurs locaux. — Les *conditions locales* favorisantes ne manquent pas, il faudra les chercher minutieusement pour les supprimer : macérations de l'épiderme par la sueur ou par un écoulement nasal, d'où la nécessité d'une propreté rigoureuse et intelligente des léguments; irritation par l'eau savonneuse, par les alcalins, par des médicaments : huile de cade, goudron, thapsia, huile de croton, térébenthine (« dermites » pustuleuses artificielles); irritations professionnelles : blanchisseuses, cuisinières, cimentiers, maçons, épiciers, teinturiers, imprimeurs, photographes, tourneurs (car le pétrole ou l'huile imbibe leurs vêtements), etc. Mais les facteurs « externes » les plus fréquents sont les prurigos et surtout les prurigos parasitaires (gale, phthiriasse, pédiculose) qui multiplient par le grattage les auto-inoculations, d'où la néces-

sité de toujours rechercher les affections parasitaires.

Enfin il faut souligner l'importance des *repaires microbiens* qui perpétuent indéfiniment l'infection cutanée ou qui déterminent des récurrences incessantes après guérison apparente : tels sont les dartres volantes, les soi-disant eczémas rétro-auriculaires qui sont des streptococcies, et surtout les coryzas chroniques souvent ignorés : la plupart des sycosis ne guérissent que lorsqu'on traite les fosses nasales.

Des cures hydrominérales aux stations sulfureuses des Pyrénées, d'Uriage, etc., sont justement célèbres.

ERREURS DE DIAGNOSTIC A ÉVITER

Il faut être prévenu d'un certain nombre d'erreurs de diagnostic qui entraîneraient des erreurs de pronostic et de traitement, souvent très préjudiciables aux malades.

Il faudra donc toujours discuter les diagnostics suivants :

1° Les dermatozooses : gale, pédiculose, phthiriasse, etc. (v. chap. IX, p. 429);

2° Les mycoses épidermiques, surtout les trichophyties : les herpès circinés dans les infections en surfaces, les sycosis trichophytiques dans les folliculites (v. chap. XVIII, p. 617).

3° Les mycoses profondes, mais parfois épidermiques, surtout les sporotrichoses dans les ecthymas ulcéreux, folliculites, etc., et même dans les épidermites (p. 592).

4° La syphilis, surtout à propos des impétigos, ecthymas, folliculites, sycosis, etc. (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 277 à 281 et *Syphilis maligne*, p. 462).

5° La tuberculose gommeuse et les ulcères tubercu-

leux (v. p. 554 et fig. 66), les tuberculides papulo-pustuleuses (v. p. 566 et fig. 93, 94), les lupus pustuleux (v. p. 502 et fig. 72, 74), etc.¹; la morve (v. p. 486), le clou de Biskra (v. p. 506 et fig. 104), etc.

6° Les toxicodermies dues aux iodures, bromures, etc. (v. p. 688 et fig. 159, 160, 162).

7° Les vésicopustules de la variole (v. p. 459), de la vaccine (v. p. 460 et fig. 59), de la varicelle (v. p. 461).

8° Les infections secondaires des dermatoses vésiculeuses et bulleuses : eczéma (v. p. 162), herpès (v. p. 269), zona (v. p. 274), pemphigus (v. p. 257 à 268), etc.

*
* * *

INFECTIONS EN SURFACE

1° IMPÉTIGO (*streptococcique*).

L'impétigo de la face, du cuir chevelu, etc., dit de Tilbury Fox, est facile à reconnaître.

Il est rare que l'on surprenne le début des lésions : on verrait une tache érythémateuse, puis une bulle claire, qui se rompt rapidement, laissant écouler du sérum ambré en abondance.

Bientôt la sérosité se concrète et l'on voit, disséminées sur la face, au nombre de 1 à 20, souvent plus, de larges croûtes aplaties, jaunes mélicériques (de la couleur du miel), plus ou moins rugueuses et ternes, ressemblant à des gouttes de colle concrétées de 3 à 15 millimètres de diamètre (fig. 38). Au début, le bord est encore ourlé par le reste de la bulle. Si l'on enlève à la pince une de ces

1. Gougerot : Affections tuberculoides dues à des cocci et bactéries pyogènes, etc. *Progrès médical*, 18 et 25 mai 1912, n° 20 e 21, p. 245 et 257.

croûtes, on découvre un épiderme excorié, rosé, suintant, recouvert d'un mince réseau fibrineux gris rosé et la croûte se reforme rapidement, sauf dans les plis cutanés. Dans les cheveux, la sérosité se concrète en gouttelettes (*impétigo granulata*). L'impétigo détermine parfois des troubles généraux et souvent de l'adénopathie.

Les lésions guérissent en 8 à 20 jours sans laisser de cicatrice, car la macule rouge que recouvrait la croûte disparaît en quelques jours. Mais au cuir chevelu elles peuvent déterminer des taches d'alopécie transitoire (cf. pseudo-pelades, p. 407).

Des lésions associées sont fréquentes : perlèche, kératite, etc. ; le nez « coule » et le plus souvent le coryza streptococcique, plus ou moins latent, sert de repaire à l'impétigo récidivant ; le pourtour des narines peut être excorié, suintant, encombré de croûtes (impétigo narinaire et rhinite antérieure impétigineuse). Souvent à cet impétigo streptococcique se mélangent des ostiofolliculites staphylococciques qui débutent par des pustulettes *périlaires* et renferment un pus verdâtre visqueux épais.

Suivant l'aspect des lésions, Sabouraud a décrit des : — *Impétigo géant* à très larges éléments, souvent confluent ; — *Impétigo circiné géographique annulaire* qui guérit au centre ou reste sec pendant que la périphérie progresse ou persiste ; — *Impétigo cannelé* ou *pétaloïde* des avant-bras ; — *Impétigo érysipélateoïde* à large base inflammatoire rouge infiltrée comme dans un érysipèle et qui sert de transition entre l'impétigo et l'érysipèle.

Le **diagnostic** est facile avec l'eczéma, dont la vésicule est petite et laisse un puits épidermique (v. p. 154), avec l'herpès (v. p. 269), avec les cloques de brûlures, la varicelle (v. p. 461). Les seuls diagnostics importants sont

ceux des **syphilides impétigineuses** (v. *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 281), des trichophyties (v. p. 626), et du favus (v. p. 621 et fig. 121, 125).

TRAITEMENT. — Le traitement de l'impétigo est avant tout un traitement antiseptique local. On veillera à ce que le malade ne se gratte pas, afin d'éviter les auto-inoculations.

Traitement local. — 1° Le traitement de début est ouvrir les bulles avec une aiguille flambée et exciser l'épiderme flétri; faire tomber les croûtes en les ramollissant par une pulvérisation à l'eau bouillie (ou eau résorcinée au 1/200), ou par un pansement humide avec eau d'Alibour diluée au 1/15.

Tamponner les lésions mises à nu, deux à trois fois par jour, pendant une minute, avec l'eau d'Alibour pure ou dédoublée avec de l'eau bouillie :

Eau de fontaine bouillie 300 gr.
 Sulfate de zinc 2 à 4 gr.
 Sulfate de cuivre. 1 à 2 gr.
 Teinture de safran 0 gr. 20 à 0 gr. 50
 Alcool camphré 5 gr.

(Filtrez après 24 heures.)

Laisser sécher et appliquer aussitôt une pâte ou une crème d'Alibour (De Hérain) :

Pâte d'Alibour.		Crème d'Alibour.	
Sulfate de zinc.	} à à 0,05 à 0,50	Sulfate de zinc.	} à à 0,05 à 0,50
Sulf. de cuivre.		Sulf. de cuivre.	
Soufre précipité lavé.	1 à 2,50, 5	Soufre précipité lavé .	1 à 2,5 et même 5
Talc	} à à 30	Carbonate de	} à à 12
Oxyde de zinc.		magnésie. . .	
Huile d'amande douce	40	Lanoline . . .	
		Huile.	
		Eau.	60

On commence par une dose faible des produits actifs.

Le procédé des deux pots (v. p. 93 et 187) permettra toutes les graduations.

Si les membres inférieurs sont atteints, on ajoutera au traitement précédent le repos et un pansement sec ouaté, saupoudré de poudre d'Alibour (v. p. 393) :

Détruire les lésions naissantes en les ouvrant avec une aiguille flambée et en les cautérisant avec une goutte de teinture d'iode.

2° Si les lésions sont enflammées, douloureuses, renouveler les pulvérisations plusieurs fois par jour avant de cautériser à l'eau d'Alibour; éviter les pansements humides permanents, qui, formant étuve, favorisent l'extension des lésions par auto-inoculations.

3° Les jours suivants, si, par exception, les lésions se reproduisent *in situ*, malgré la pâte d'Alibour, on essaiera la pommade à l'oxyde jaune de 1/50 à 1/30 ou :

Calomel.	0 gr. 30 à 1 gr.
Tannin	0 gr. 60 à 2 gr.
Vaseline blonde ou pâte à l'oxyde de zinc.	10 gr.

Ou :

Oxyde jaune de mercure.	0 gr. 50 à 1 gr.
Huile de cade	1 à 5 gr.
Cérat sans eau.	20 gr.

[VIDAL]

Ou :

Vaseline et axonge	à 50 gr.
Oxyde de zinc	20 gr.
Acide salicylique	2 gr.
Acétate de plomb cristallisé. .	1 gr.

[DUBREUILH]

On remplacerait l'eau d'Alibour par d'autres antiseptiques : nitrate d'argent au 1/10, bleu de méthylène au 1/100 et surtout *fuchsine phéniquée* de Ziehl (que Triboulet emploie d'emblée avec succès comme unique traitement).

4° Puis, quand les lésions s'affaîsseront, simplifier le traitement : appliquer le soir et pendant la nuit de la pâte ou crème d'Alibour, et le jour protéger les lésions par des rondelles d'emplâtre à l'oxyde de zinc, ou d'emplâtre rouge, que souvent on aurait intérêt à employer plus tôt dans un cas rebelle.

On cessera l'eau d'Alibour dès que la cicatrisation commencera.

Traitement général. — En même temps, il ne sera pas inutile d'instituer un traitement général, car souvent les malades sont des déprimés, de tempérament scrofuleux : la cure d'air, l'exercice au grand air seront à recommander ; mais si les malades sont forcés de travailler, on devra se contenter de la cure médicamenteuse : huile de foie de morue, sirop d'iodure de fer, sirop iodo-lannique phosphato-arsénié (v. p. 531).

On ne négligera pas le traitement de sûreté (p. 418).

2° IMPÉTIGO-ECTHYMA BULLEUX.

Sur les doigts et sur la peau des membres, le streptocoque forme des lésions bulleuses d'aspect varié :

1° des *cocardes* centrées par une bulle qui reste exceptionnellement intacte, tendue et fermée ;

2° des bulles presque toujours vidées et flétries, encerclées d'une auréole rouge : il faut déchirer et soulever des lambeaux grisâtres d'épiderme macéré, pour s'assurer qu'il y a eu une bulle remplie de séro-pus ;

3° des bulles croûteuses au centre : la sérosité se concrète en une croûte jaunâtre ou brunâtre (ecthyma) ; souvent le bord est encore en activité, marqué par un ourlet gris jaunâtre, dû au décollement de la couche cornée par la sérosité louche. Cet ourlet atteste les progrès de la lésion.

Quel que soit l'aspect extérieur, le fond des lésions, lorsqu'on arrache l'épiderme mort, est rouge, suintant, non ulcéré.

Après avoir acquis le diamètre de 10, 20, 40, 50 millimètres, l'ecthyma s'arrête¹ et guérit sans laisser de cicatrices car les lésions restent superficielles, *épidermiques*, décollant l'épiderme sans ulcérer en profondeur.

Le traitement est le même que celui de la variété suivante (v. p. 393).

3° ECTHYMA PUSTULEUX

(ou *E. vrai « staphylococcique »*.)

Cet ecthyma, dit staphylococcique, diffère des « impétigo-ecthymas streptococciques », parce que la bulle est purulente d'emblée et non pas d'abord séreuse, puis séropurulente, comme celle des impétigos. Tantôt la bulle

1. La pyodermite serpiginieuse linéaire de Dubreuilh dont les bulles se développent en lignes sinueuses en C, en S, etc., doit appartenir à cette variété de streptococcie.

Aux pyodermites, je rattache : — 1° le type rare décrit sous le nom de « dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique » (maladie d'Hallopeau). Ce sont des foyers de pyodermites siégeant surtout au pubis, aisselles, cuir chevelu, tronc et jusque sur la muqueuse buccale. Ils débutent par des pustulettes agglomérées en placards, les pustulettes deviennent papuleuses ou végétantes (v. p. 417), le centre du placard peut se réparer. L'état général n'est pas troublé.

— 2° Les acrodermatites continues d'Hallopeau ou phlyctenoses récidivantes des extrémités d'Audry (vésicules ou pustules de l'extrémité des doigts) extrêmement tenaces.

ne s'incruste pas ; tantôt au contraire le centre forme une croûte jaunâtre, cerclée par la pustule et auréolée d'une rougeur inflammatoire. Les pustules staphylococciques ne dépassent guère 6 à 10 millimètres, alors que l'impétigo-ecthyma streptococcique décolle largement l'épiderme et peut atteindre plusieurs centimètres.

Traitement. — Ouvrir les bulles avec la pointe de ciseaux flambés (attention de ne pas s'en faire jaillir dans l'œil) ; récliner les lambeaux d'épiderme mort et les couper à ras de l'épiderme sain, tamponner avec l'eau d'Alibour pure que l'on insinue *dans le fond* de l'ourlet périphérique. — Deux fois par jour, prendre un bain (de doigts par exemple) aussi chaud que possible, prolongé une heure, si possible, avec de l'eau d'Alibour dédoublée, ou bien appliquer un tampon d'ouate imbibée de cette solution pendant le même temps. — Puis recouvrir de pommade d'Alibour moyenne ou forte :

Sulfate de cuivre.	0,10 à 0,50
Sulfate de zinc.	0,20 à 1 gr.
Soufre précipité lavé	2 à 5 gr.
Lanoline.	10 gr.
Vaseline.	90 gr.

[DE HÉRAIN]

Si les pâtes fortes sont mal supportées, les diluer ou poudrer avec la poudre d'Alibour :

Sulfate de cuivre.	0 gr. 05
Sulfate de zinc.	0,10 à 1 gr.
Talc.	100 gr.

4° IMPÉTIGO-ECTHYMA ULCÉREUX OU RUPIA.

Cette lésion d'origine streptococcique ou strepto-staphylococcique ne s'observe guère qu'aux membres infé-

rieurs. En raison de la déclivité et peut-être de l'association d'autres cocci, en raison surtout d'un mauvais état général (Ecthyma cachectique), les pyodermites précédentes deviennent ulcéreuses (Rupia de Bateman); une croûte brunâtre épaisse, simple (Ecthyma) ou ostréacée (Rupia, fig. 45), recouvre une ulcération dermique conique, à bords taillés à pic, pleine de pus ou de séro-pus sanglant, et tapissée d'un mince enduit fibrineux. La croûte est souvent débordée par une collerette d'épiderme décollé, à travers lequel on aperçoit le pus jaune verdâtre et cet ourlet d'épiderme est cerclé par une auréole rouge inflammatoire. Parfois ces ulcérations se creusent profondément : *ecthyma térébrant*¹ (fig. 46); parfois elles se compliquent de lymphangite et d'adénite.

Trois diagnostics doivent toujours être discutés dans nos pays : syphilide ecthymatiforme (voir *Traitement de la syphilis*, p. 277), sporotrichoses (v. p. 592), tuberculose (v. p. 502 et 554).

Traitement. — Enlever la croûte avec une pince; laver l'ulcération matin et soir; cautériser avec l'eau d'Alibour, le chlorure de zinc ou mieux avec le nitrate d'argent puis avec un crayon de zinc métallique; appliquer ensuite soit de la poudre d'Alibour ou de la poudre de sous-carbonate de fer, soit une pâte à l'oxyde de zinc et oxyde

1. L'impétigo ulcéreux des nouveau-nés (fig. 46) (Synonymie : Ecthyma infantile profond et térébrant, Rupia escharotica) est une variante de cette forme, due parfois peut-être à l'association de staphylocoque et de bacille pyocyanique, etc. Il commence par une tache rouge qui rapidement devient bulleuse et peut simuler un pemphigus; c'est sous cette bulle que se creuse l'ulcération, car les croûtes sont inconstantes ou restent minces. Les ulcérations souvent livides, torpides, restent isolées, disséminées sur les fesses, cuisses, etc., ou confluent en ulcérations circonscrites.

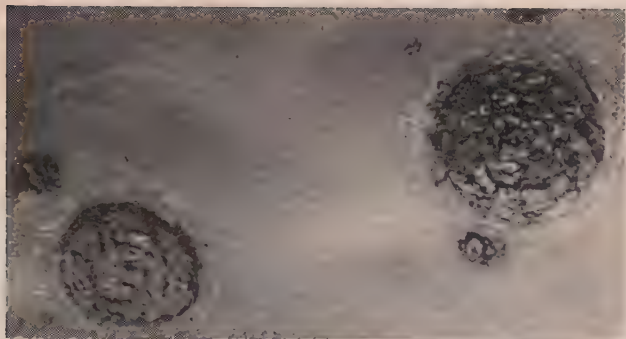


FIG. 45. — Ecthyma et rupia. (Voir page 394.)



FIG. 46. — Ecthyma terebrant infantile. (Voir page 394, note 1.)

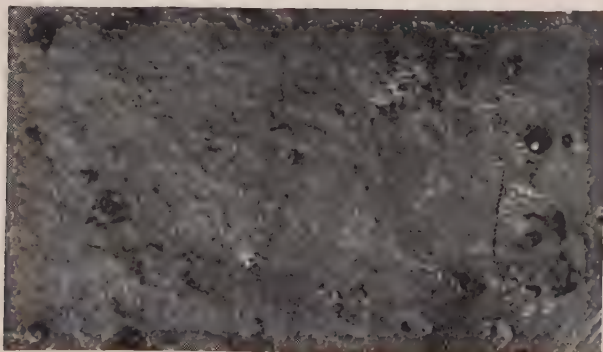


FIG. 47. — Epidermite streptococcique diffuse en nappe parsemée de bulles squameuses et de croûtes. (Voir page 398).

jaune de mercure 1 à 5 p. 100, ou la pâte d'Alibour forte ou :

Sous-carbonate de fer. 1 à 10 gr.

Vaseline 30 gr.

On fera bien de protéger l'épiderme sain environnant par une pâte à l'oxyde de zinc boratée ou salicylique.

Dès que la cicatrisation commence, cesser l'eau d'Alibour, nettoyer la plaie avec l'huile d'olive stérile et continuer la pommade au sous-carbonate de fer.

Le repos est à exiger au début du traitement ; plus tard, tout en continuant la pommade au sous-carbonate de fer, on permettra de marcher et même de travailler. Il suffira de protéger les lésions par des bandelettes imbriquées d'emplâtre rouge ou diachylon, qui favoriseront la cicatrisation.

5° IMPÉTIGO PAPULEUX SYPHILOÏDE.

(Synonymie : Syphiloïde post-érosive de Jacquet et Sevestre ; lichénisation post-impétigineuse, etc.) Cette affection, qui atteint presque exclusivement la première enfance, siège sur les régions convexes : fesses, cuisses, mollets, et prédomine toujours dans les régions fessières.

Sur un fond de dermite érythémateuse apparaissent des vésicules donnant rapidement : — des érosions qui restent *non papuleuses*, tantôt d'un rouge vif luisant, tantôt saignantes et ulcérautes (forme érythémato-vésiculeuse), — ou des érosions qui se transforment en *papules*¹ arrondies, lisses, de 3 à 5 millimètres de diamètre,

1. Ce sont des « fausses papules » résultant du bourgeonnement du derme.

à centre déprimé, érodé, suintant, rouge foncé, souvent brunâtre ou violacé, cerclées par une collerette d'épithélium frangé ou plissé (*forme papuleuse post-érosive*), — ou des ulcérations qui servent de transition vers les ethymas ulcéreux (*forme ulcéreuse*)... Il n'est pas rare que sur les fesses d'un même bébé se mélangent plusieurs des types précédents (*forme mixte*).

L'évolution est subaiguë, chronique, par poussées. L'infection peut envahir le périnée, le pourtour de l'anus, les organes génitaux, mais presque toujours elle respecte le fond des plis cutanés, qui au contraire sont les sièges de prédilection des syphilides. Les lésions guérissent lentement, en laissant une macule brunâtre. Le pronostic n'est grave que chez des enfants athrepsiques.

Le diagnostic doit toujours être discuté avec l'**hérédo-syphilis** (voir *Traitement de la syphilis*, p. 477). Cet impétigo se caractérise : — par son siège sur les régions convexes et l'absence de lésions dans le fond des plis, — par l'évolution des lésions, — par le plissement fin et rayonné de l'épiderme autour des érosions post-papuleuses. Mais chez un athrepsique non syphilitique, l'impétigo peut se compliquer d'intertrigo, de fissure anale, perlèche, etc., qui rendent le diagnostic impossible et inversement un hérédo-syphilitique cachectique peut être atteint de pyodermites. Le diagnostic étant d'importance capitale pronostique, thérapeutique et médico-légale, et pour l'enfant, et pour ses parents, et pour sa nourrice, on s'entourera de tous les renseignements : examens des parents, etc., au besoin on demandera la réaction de Wassermann de la mère; dans les cas douteux, on saura réserver son diagnostic et on prendra les précautions que j'ai indiquées dans les cas de syphilis

douteuses : aspirer le lait de la nourrice, etc. (voir *Traitement de la syphilis*, p. 524).

Traitement. — Un traitement général est indispensable : régulariser l'alimentation, surveiller les fonctions gastro-intestinales, la dentition, etc.

Le traitement local comprendra :

— D'abord, lavage avec du collosol cadique ou à l'eau coaltarée; cautérisation des ulcérations et fissures au nitrate d'argent ou à l'eau d'Alibour, onction avec une pâte ou crème d'Alibour; large poudrage au talc pur ou à la poudre d'Alibour faible. En cas d'échec, il ne faut pas hésiter, après application de la pâte, à enfouir toute la partie sous-ombilicale du nourrisson dans un sac de son, stérilisé si possible, et fréquemment renouvelé; car le son, absorbant urine et matières fécales, supprime l'irritation, les souillures et les réinoculations.

— Puis, au bout de quelques jours, on alternera crème ichthyolée et pâte d'Alibour, user largement de poudre d'Alibour faible.

— Enfin, lorsque les lésions régressent, on réserve la pâte d'Alibour pour les fissures et les ulcérations et on applique partout ailleurs la crème ichthyolée et le talc en continuant les lavages à l'eau coaltarée ou au collosol cadique.

Balzer a eu des succès avec les bains et badigeons au permanganate (v. p. 87).

L'hygiène locale est capitale : il faut éviter que l'enfant ne reste souillé par l'urine et les fèces.

6° STREPTOCOCCIE SÈCHE DU VISAGE
(Dartres furfuracées, v. p. 364).

7° Dermo-épidermites microbiennes : épidermite chronique streptococcique nummulaire et dermo-épidermite microbienne diffuse streptococcique érythémato-squameuse, etc. (fig. 47 et 181 à 197).

Ces dermo-épidermites microbiennes nummulaires ou diffuses ont une telle importance pratique que nous leur avons consacré un chapitre spécial à la fin de ce livre : (chapitre XXIV, p. 755) ; je me bornerai à citer ici textuellement la page 398 de la première édition de ce livre écrite avant la guerre.

« Sur de grandes étendues¹, la peau est rouge, tantôt parsemée de vésicules, de bulles suppurées, évidentes ou masquées par des squames, d'ulcérations souvent profondes (*variétés suppurées*), tantôt criblée d'érosions suintantes (*variété eczématiforme*), tantôt recouverte de squames, fines (*variété pityriasique*) ou épaisses (*variété psoriasiforme*) avec souvent des squames arrondies, vestiges de bulles avortées ; le plus souvent ces diverses variétés se mélangent, réalisant la *variété polymorphe*. Les bords sont diffus ou nettement arrêtés, marqués par un liséré d'épiderme sec décollé, souvent plus ou moins polycyclique. Ces larges placards envahissent tout un membre, le tronc, parfois la presque totalité du corps, ce qui démontre l'existence de dermatites exfoliatrices, streptococciques. J'ai vu des cas nombreux où l'on put surprendre la porte d'entrée : fistules de pleurotomie, plaies suppurées d'ostéomyélite, mais parfois la porte d'entrée a été une éraillure insignifiante ; le traitement antiseptique, sauf lorsqu'il y a eczéma associé, amène une guérison rapide en 4 à 8 semaines de lésions qui durent depuis des mois et des années. »

C'était prévoir, avec toutes leurs formes cliniques et leur polymorphisme, avec leur importance pratique, les dermo-épidermites microbiennes de guerre (v. p. 755).

8° INFECTIONS DES PLIS CUTANÉS : INTERTRIGOS.

Tous les plis cutanés peuvent être infectés : pli interfessier et pourtour anal, plis inguinaux et racine de la verge et du scrotum, sillon balano-préputial, ombilic, plis sous-mammaires, creux poplité, plis du coude et surtout des aisselles, plis du cou ; mais la localisation la plus fréquente est la région rétro-auriculaire.

INTERTRIGO RÉTRO-AURICULAIRE. — Cette streptococcie, très fréquente, est souvent appelée à tort eczéma séborrhéique.

Tantôt elle est caractérisée par des érosions épidermiques suintantes, recouvertes ou non d'un enduit mélicérique ; lorsqu'on décolle l'oreille on aperçoit au fond du pli rétro-auriculaire une fissure suintante recouverte d'un mince réseau fibrineux.

Tantôt la macération déforme la lésion, qui s'eczématise et il faut distinguer l'intertrigo banal (ou streptococcie humide) de l'eczéma surajouté qui se caractérise par ses fines vésicules et les puits épidermiques. Cet eczéma-complication est très fréquent ; parfois même la poussée d'eczéma est aiguë et peut simuler l'érysipèle : eczéma érysipélatoïde récidivant des neuro-arthritiques.

Tantôt les lésions restent sèches, rouges, plus ou moins squameuses ; seul le fond du pli est ulcéré et douloureux.

Rarement de l'impétigo vulgaire, avec ses croûtes mélicériques, apparaît sur cette dermite ; mais souvent on trouve cet impétigo dans le cuir chevelu ou sur la face.

Traitement. — Nettoyage à l'eau d'Alibour diluée, sécher avec l'ouate; cautériser une seule fois les plis suintants, avec la solution de nitrate d'argent au 1/10; laisser sécher, appliquer des pâtes d'Alibour (ou des pâtes réductrices par le procédé des deux pots v. p. 187 et 93).

INTERTRIGO DES PLIS ARTICULAIRES. — L'intertrigo « simple » ou streptococcique (Sabouraud) est surtout fréquent chez les adipeux. Lorsqu'on découvre le pli qui forme l'axe de la lésion, on trouve une fissure, bordée de chaque côté d'érosions rosées, humides, recouvertes d'un mince réseau fibrineux à peine visible, et souvent ourlées, vers la peau saine, d'une poussière ambrée, résineuse, de sérum concrété.

Traitement. — Nettoyage à l'eau bouillie, et s'il y a une fissure, la cautériser avec un tamponnet d'ouate imbibée de baume du Commandeur ou de nitrate d'argent au 1/10. Badigeonnage *quotidien* à la teinture d'iode diluée au 1/10 ou au perchlorure de fer liquide¹; laisser sécher, en tendant la peau, appliquer aussitôt la pâte d'Alibour (v. p. 389) ou une pâte réductrice par le procédé des deux pots (v. p. 187); poudrer avec de la poudre de talc; bien séparer les surfaces cutanées par une compresse: prolonger le traitement plusieurs jours après la guérison apparente.

9° PERLÈCHE

La perlèche est la localisation de l'impétigo au coin des lèvres (Lemaistre). Elle est souvent épidémique dans

1. Le perchlorure de fer liquide ou en sel ou le formol liquide dilué sont le traitement de choix de l'intertrigo périunguéal de l'ongle incarné infecté.

les écoles, propagée par les porte-plume que les enfants mâchonnent aux coins des lèvres.

La perlèche peut être isolée ou associée à l'impétigo facial, à de la stomatite. Lorsqu'on déplisse la commissure en faisant ouvrir la bouche, on voit au coin de la lèvre une érosion douloureuse, arrondie, rouge, sillonnée de fissures radiées, recouverte d'un mince réseau fibreux. Si la lésion s'étend vers la peau, son bord est marqué par une poussière ambrée de sérum concrété. Elle est d'ordinaire bilatérale. Elle guérit habituellement en trois semaines, mais elle peut durer plusieurs mois et récidiver.

Le seul diagnostic intéressant est celui des plaques muqueuses syphilitiques et il est souvent très difficile (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 257).

Le traitement est celui de l'impétigo (v. p. 389).

10° KÉRATITE PHLYCTÉNULAIRE ET ORGELETS

L'enfant atteint d'impétigo a souvent l'œil fermé ou clignotant, les paupières sont collées, la conjonctive est rouge, la cornée est le siège d'érosion en coup d'ongle, dépolie; cette kératite est grave, bien qu'elle guérisse facilement, car elle peut laisser une opacité cornéenne obstruant ou obscurcissant la vision.

En même temps, le bord des paupières peut présenter des orgelets ou folliculites staphylococciques des cils.

Traitement. — Laver l'œil avec une solution de cyanure de mercure à 0,01 p. 100; introduire dans le cul-de-sac conjonctival, gros comme un pois de :

Vaseline blonde stérile : 10 gr.

Oxyde jaune de mercure 0 gr. 10

[GAUCHER]

Si cela ne suffit pas, instiller quelques gouttes du collyre :

Pierre divine. 0 gr. 05

Eau distillée bouillie 25 gr.

[SABOURAUD]

*
* * *

INFECTION DES GLANDES PILO-SÉBACÉES

FOLLICULITES SUPPURÉES STAPHYLOCOCCIQUES

Les folliculites sont caractérisées par l'infection des follicules pilo-sébacés déterminant une suppuration péri-pilaire. Elles peuvent atteindre toutes les régions de l'organisme, sauf les plantes et paumes. Tantôt les folliculites sont rares et isolées, dispersées sur un ou plusieurs membres, sur tout le corps. Tantôt elles se multiplient dans une région : dos de la main, barbe, lèvre supérieure, cuir chevelu, etc. Dans ces régions velues, les pustules restent ou disséminées (et sont parfois innombrables : forme miliaire aiguë) ou bien elles s'agminent (mentagre, sycosis de la lèvre supérieure, de la barbe, etc.). Elles comprennent de multiples variétés :

1° **Folliculites pustuleuses orificielles** (impéligo de Bockhart). Elles débutent par un point rouge péri-pilaire douloureux qui bientôt se tuméfie, s'acumine. Puis apparaît la vésicule séro-purulente péri-pilaire qui en 2 à 3 jours atteint son acmé : la pustule, jaune ou jaune verdâtre, acuminée ou hémisphérique, a 1 à 3, 5, 6 millimètres de diamètre et est auréolée d'une rougeur et d'une tuméfaction inflammatoires. Si l'on arrache la pustule, on voit le fond fibrino-purulent jaune et la pression fait sourdre du séro-pus sanglant qui se concrète en croûte.

La lésion guérit rapidement sans laisser de cicatrice, mais l'affection évolue souvent par poussées récidivantes qui prolongent la durée de la maladie.

Le diagnostic est à discuter avec les syphilides, et surtout avec les tuberculides (pyodermite tuberculoïde, v. p. 567).

Les tuméfactions ganglionnaires ne sont pas rares dès le début. Les symptômes généraux manquent presque toujours.

2° Sycosis ou folliculites pustuleuses orificielles et profondes. — Les lésions orificielles envahissent les plans profonds. La lésion débute donc, comme les précédentes, par une pustule péripilaire, mais l'infection envahit la profondeur; il en résulte une induration péripilaire donnant au doigt l'impression de nodosité et bientôt cette induration s'entoure d'une rougeur et d'une tuméfaction inflammatoires marquées. Lorsqu'on a vidé la pustulette orificielle et qu'on presse la nodosité profonde, il s'écoule d'ordinaire une nouvelle goutte de pus venant de la profondeur (sorte d'abcès en bouton de chemise).

Tantôt ces folliculites restent isolées les unes des autres, disséminées sur peau saine ou sur placard de dermo-épidermite microbienne suintante, érosive ou érythémato-squameuse; tantôt elles confluent, formant des masses rouges indurées, bosselées, criblées d'orifices purulents et de pustules péripilaires; les poils environnants sont atteints d'ordinaire de folliculites orificielles, l'épiderme est macéré rouge squameux (sycosis).

Ces lésions profondes sont d'ordinaire très douloureuses, lancinantes et même « brûlantes ».

Leur évolution est irrégulière.

Le plus souvent elle est subaiguë : les folliculites, évoluant lentement par poussées, laissent, après la phase subaiguë, des nodosités torpides indolentes qui persistent

des semaines et des mois, donnent parfois des « abcès froids », souvent se réenflamment, et finissent par se résorber et guérir.

Parfois l'évolution est aiguë ou plutôt la lésion subaiguë subit une poussée aiguë qui œdématie, rougit, endolorit le derme environnant et peut aboutir à la formation d'un abcès ou d'un furoncle.

Parfois la nodosité ne suppure pas, elle se résorbe lentement, laissant souvent un processus atrophique, une cicatrice alopécique punctiforme.

En se répétant, les lésions peuvent durer des années : certains sycosis de la lèvre supérieure entretenus par une rhinite streptococcique sont d'une ténacité désespérante.

Les cicatrices de ces folliculites sont souvent invisibles ou punctiformes, parfois plus larges, rouges, puis blanches, alopéciques; exceptionnellement, sauf à la nuque (v. p. 353 et fig. 41), elles deviennent chéloïdiennes.

Les poils, pendant la période aiguë, tombent; tantôt l'infection a tué la papille pileuse et l'alopécie est définitive (folliculite décalvante, p. 407); tantôt l'alopécie n'est que transitoire. Le diagnostic est à discuter avec les trichophyties (v. p. 624-627), les syphilides (v. *Traitément de la syphilis*, p. 278), etc.

Traitement des variétés 1° et 2°. — *Traitement général.* Il est analogue à celui de l'impétigo (v. p. 391), régime alimentaire : pas de fromages fermentés, etc. (v. p. 174); suppression des bromures, iodures, etc.; ingestion d'étain (v. p. 410), d'arsenic (eau de la Bourboule), ou de soufre (eaux de Luchon, etc.) ou de sulfure de calcium, sulfure de lithium, 0,01 à 0,02 par jour, etc.; absorption de levure de bière (?), etc.

Traitement étiologique : guérir la gale, le coryza, etc.

Traitement local des folliculites isolées des membres et du tronc. On se contentera dans la plupart des cas d'ouvrir et de cautériser les pustules à la teinture d'iode, au besoin on protégera avec une rondelle d'emplâtre rouge, et on poudrera les vêtements avec du talc boraté.

Si les membres inférieurs sont couverts de pustules et tuméfiés, on donnera au début, après ouverture et cautérisation des pustules, des pulvérisations ou des bains chauds de 30 minutes, 3 fois par jour avec de l'eau pure ou résorcinée à 1 p. 300 ou au sulfate de cuivre à 1 p. 1000; sécher, poudre d'Alibour et appliquer un pansement sec talqué.

Traitement local des folliculites des régions velues : On ordonnera :

1° *Nettoyer :* couper les poils à ras avec des ciseaux courbes; faire tomber les croûtes avec des pulvérisations résorcinées 1/200 et des pansements humides résorcinés 1/500 permanents; ramollir au besoin les dernières croûtes avec de l'huile camphrée et les enlever à la pince. Enfin, le cas échéant, savonner doucement avec un savon naphtolé ou salicylé.

2° Ouvrir matin et soir les pustules avec une aiguille flambée ou un scarificateur, exprimer le pus, enlever les poils malades, puis cautériser à la teinture d'iode ou à l'eau d'Alibour. Chercher et cautériser de même les lésions naissantes non encore pustuleuses pour essayer de les faire avorter.

3° Ensuite pulvériser avec de l'eau résorcinée au 1/200 à 1/100 : on répétera ces pulvérisations 3, 5, 6 fois par jour pendant 15 à 20 minutes si les lésions sont enflammées et douloureuses.

4° Enfin, après la pulvérisation, faire une onction avec une pommade d'Alibour (v. p. 393), la pommade à l'oxyde jaune de mercure au 1/100 à 1/50, 1/30, la pommade au calomel et au tanin (v. p. 390), ou une pâte au goudron et au tanin.

5° Lorsque ce traitement, rigoureusement appliqué, échoue, il faut, tout en continuant le même traitement, recourir à l'épilation : soit épilation à la pince, longue, pénible, douloureuse mais non dangereuse et à la portée de tous, soit plutôt épilation radiothérapique rapide, facile, indolente, mais délicate à graduer, risquant de provoquer une alopecie définitive et nécessitant une installation coûteuse.

6° Lorsque les lésions persistent malgré l'épilation, tenter les pulvérisations sulfureuses, lotionner ensuite avec les alcools boriqués ou salicylés, puis appliquer une pâte de zinc salicylé soufré ou mieux :

Vaseline	20 gr.
Soufre précipité	2 gr.
Tanin	1 gr.

[BALZER]

Ou des pommades soufrées fortes des acnés (v. p. 358 et 359) :

Acide salicylique, soufre, résorcine.	ââ 2 gr.
Savon de soude et de potasse	94 gr. ¹

[HÉBRA]

7° Lorsque les lésions s'irritent, répéter les pulvérisations avec de l'eau bouillie ou de l'eau sulfureuse faible et tenter l'onguent styrax dilué de 2 à 10 parties d'huile (Gaucher).

8° Lorsqu'il reste des nodules torpides, appliquer des rondelles d'emplâtre de Vigo ou, s'il est trop irritant, d'emplâtre rouge; au besoin scarifier.

Même lorsque la guérison semble assurée, on continuera pendant des semaines, matin et soir, les pulvérisations résorcinées et les onctions de pommade à l'oxyde jaune. En effet, il faut se souvenir que longtemps la peau et sur-

1. Dans les cas rebelles on a tout essayé avec des succès irréguliers : application permanente d'huile de foie de morue, d'onguent styrax; pommades à l'acide pyrogallique, chrysarobine, naphтол; vaseline iodée, etc.; cautérisation avec bleu de méthylène, nitrate d'argent, chlorure de zinc, etc. On a fait des thermo- et galvanocautérisations, scarifications, curettages, raclages, etc.

tout les follicules pileux restent infectés et que les lésions peuvent récidiver.

3° Folliculites torpides décalvantes (acné décalvante, fig. 43). — Ces folliculites sont reliées aux précédentes par toutes les transitions. Mais alors que, dans les précédentes, le processus aigu ne passait pas inaperçu, dans les folliculites torpides décalvantes, souvent le malade ne s'aperçoit de son affection qu'en découvrant les taches d'alopécie du cuir chevelu, blanches, cicatricielles, déprimées, amincies, de 3 à 6, 8 millimètres, isolées, disséminées ou groupées en amas, et c'est le médecin qui, cherchant la cause, retrouve des folliculites encore croûteuses en activité et peut reconstituer la pathogénie de l'alopécie. Souvent même il ne découvre que des croûtes ou des macules rouges, reliquat des folliculites disparues, mais pas de folliculite, d'où le nom ancien d'alopécies innommées. On a même prétendu que ces macules alopéciques pouvaient apparaître sans pustule cliniquement appréciable (?) : elles forment une des variétés des pseudo-pelades.

Le diagnostic est à discuter avec le favus (v. p. 624), les lupus érythémateux (v. p. 544), les sclérodermies (v. p. 694), les pelades (v. p. 745).

TRAITEMENT. — Savonner tous les 8 jours, par exemple le samedi soir, avec un savon de goudron *tout* le cuir chevelu ; tous les 8 jours, par exemple le jeudi, badigeonner *tout* le cuir chevelu avec de la teinture d'iode diluée ; tous les matins et tous les soirs, lotionner avec :

Biodure de mercure.	0 gr. 15
Bichlorure de mercure.	1 gr.
Alcool à 90°.	60 gr.
Eau.	Q. s. pour 500 gr.
[QUINQUAUD]	

Chercher avec soin les folliculites commençantes, les cautériser à la teinture d'iode pure et, pour empêcher la diffusion, oindre toute la région environnante avec :

Oxyde jaune	1 à 2 gr.
Soufre	2 à 4 gr.
Huile de cade	} aa 20 gr.
Vaseline	
Lanoline	

4° Sycosis lupoïde (acné lupoïde, ulérythème sycosiforme, etc.). — Ce sycosis n'est qu'une variété de folliculites profondes agminées : la barbe, surtout les joues, parfois la région sus-hyoïdienne, la lèvre supérieure, rarement les tempes, sont infiltrées par des pustules, et par des nodosités confluentes formant *une ou deux* nappes, rarement davantage, rouges, squameuses, criblées d'orifices purulents. Mais ce sycosis diffère des folliculites banales par son extension périphérique centrifuge régulière et par l'atrophie totale du système pilo-sébacé : tous les poils sont détruits. Bientôt et dès la période d'état, on démêle l'existence d'une cicatrice centrale plus ou moins épaisse, parfois chéloïdienne, d'ordinaire irrégulière, rouge, qu'entoure une couronne de folliculites rouges, suppurantes en activité.

L'affection guérit en laissant une cicatrice alopécique plus ou moins irrégulière ; cette alopécie étant constante, on ne risque rien à traiter d'emblée cette pyodermite par la radiothérapie.

Le diagnostic est à discuter avec les syphilides (V. *Traitement de la syphilis*, p. 326) et surtout avec les *lupus* (v. p. 499-506). Dans le sycosis la progression est au début plus rapide, la cicatrice ne montre pas de grain willanique (v. p. 499), la bordure est plus inflammatoire, plus

douloureuse, on y découvre des pustulettes péripilaires et non des grains lupiques.

TRAITEMENT. — D'emblée on fera la radiothérapie afin d'épiler en une à trois séances. Dans l'intervalle, traitement habituel des folliculites : ouverture et cautérisation des pustules, pulvérisations résorcinées, onctions de pommade à l'oxyde jaune ou applications d'emplâtre rouge ou de Vigo ; ce dernier est plus actif mais plus irritant ; scarifications linéaires lorsqu'il reste des infiltrations torpides ou lorsque la cicatrice est irrégulière.

FURONCLES ET ANTHRAX ¹

Le furoncle est l'infection de la partie moyenne et profonde du follicule pilo-sébacé ² par le staphylocoque doré provoquant le sphacèle de la paroi du follicule et du derme voisin ; c'est cette escharre profonde ou bourbillon qui distingue le furoncle des autres pyodermites.

L'auto-inoculabilité, la symptomatologie, les formes cliniques, l'évolution et les complications ³ du furoncle sont trop connues pour que j'y insiste. Je rappellerai simplement les erreurs de diagnostic avec les gommés syphilitiques qui ont, elles aussi, un bourbillon (v. *Traitement*

1. L'anthrax appartient plus à la chirurgie qu'à la dermatologie. Je signalerai simplement l'ingestion d'étain et la vaccination ; quand les médications habituelles ont échoué, l'ablation au bistouri et à la curette sous anesthésie générale, puis pansement avec des compresses imbibées d'onguent styrax pur ou dilué d'huile.

2. On a décrit des furoncles des régions palmo-plantaires développés autour des glandes sudoripares, des furoncles de l'oreille prenant naissance dans les glandes cérumineuses, des furoncles de la vulve résultant de l'infection des glandes muqueuses.

3. Suppuration (furoncles phlegmoneux), gangrène (furoncles gangreneux), phlébite et encéphalite (furoncles de la lèvre supérieure et de la face), pyohémie, etc.

de la *syphilis*, p. 317), les sporotrichoses (v. p. 592), la pustule maligne (v. Charbon, p. 483).

Traitement général : Le meilleur traitement, souvent très rapidement efficace, est l'ingestion de poudre d'étain 0,50 associé à 0,25 d'oxyde d'étain deux à trois fois par jour, (Frouin et Grégoire)¹.

En outre on pourra associer ou alterner l'ingestion de : extrait mou de racine de bardane (fraîche ou stabilisée) en pilules de 0,60 cgr. trois par jour (Lecomte); — levure de bière fraîche et du jour même, une cuillère à soupe dans de l'eau ou de la bière, à chacun des trois repas (sans lait); — miel soufré ou mono-sulfure de sodium 0,01 à 0,06 associé au sirop de goudron; 0,006 à 0,012 milligrammes de sulfure de calcium; 0,01 à 0,06 de sulfure de lithium — glycéro-phosphates de chaux.

Traitement étiologique : 1° Toujours il importe de rechercher et de traiter le *diabète* ou les autres causes de débilitation (albuminurie, azoturie, phosphaturie, goutte) et de penser aux parasites (phtiriasse de corps, etc.).

2° Supprimer les irritations locales, frottement du col, chaleur, etc.

3° Éviter les causes occasionnelles : surmenage, chocs nerveux.

4° Mettre le malade dans les meilleures conditions hygiéniques : régime alimentaire, diminuer les sucres et hydro-carbones; pas de gibier, pas d'épices, pas de charcuterie; pas de fromages fermentés, pas de poissons, etc., pas de vin, ni café, ni liqueur et même *régime végétarien*, réduction de la ration alimentaire au strict nécessaire,

1. J. Brühl et Jean Michaux emploient les injections intramusculaires d'étain colloïdal. De Hérain les injections intraveineuses de 1 à 5 cm³ de sulfate de cuivre à 0,50 p. 100.

combattre la constipation ¹ et même faire des lavages intestinaux; exercice au grand air, etc.

Traitement local. — Les recettes sont innombrables. Voici celles que j'ai vues le mieux réussir :

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET ABORTIF : Talquer la région avec de la poudre d'Alibour ou du talc boraté ou du talc mêlé d'un quart de peroxyde de zinc. Dans les régions prédisposées, porter vingt-quatre heures un sachet (fait du côté cutané avec une toile fine, de l'autre côté avec une toile imperméable), rempli de talc mêlé de 1/10 de trioxy-méthylène; arrêter vingt-quatre heures et recommencer.

— Toucher les furoncles naissants, matin et soir, avec une gouttelette de : iode, 4, acétone, 10 (Gallois), — ou badigeonner avec le mélange à parties égales de teinture d'iode, teinture d'arnica, alcool camphré, — ou appliquer pendant plusieurs heures un tampon imbibé d'alcool camphré ou d'alcool saturé d'acide borique, — ou galvanocautériser profondément (?).

— Désinfecter la peau environnante avec l'éther ou l'alcool camphré ou même avec le tétra-chlorure de carbone iodé à 1 p. 100, sécher et poudrer avec le talc boraté.

— Changer de linge tous les jours. User de bains cuivriques ou permanganatés (Balzer) (v. p. 87).

Les savonnages avec savon de goudron, savon résorciné suivis de lotions à l'alcool camphré peuvent rendre des services; au contraire, les bains sulfureux sont très discutés et ont favorisé maintes fois l'éclosion des lésions. Je les déconseille, sauf exception.

1. Une cuillerée à dessert le matin à jeun de la poudre :

Sel de seignette.	} à 20 gr.
Sulfate de soude	
Bicarbonate de soude	

15 jours du mois.

FURONCLES EN PÉRIODE DE CROISSANCE : 1^{er} procédé (d'après Reclus) :

Bains locaux très chauds prolongés ou pulvérisations plusieurs fois par jour avec de l'eau d'Alibour diluée ou de l'eau résorcinée, en protégeant la peau environnante par une couche de pâte à l'oxyde de zinc.

Dans l'intervalle appliquer un ouataplâsme imbibé d'eau bouillie, *aussi petit que possible* avec ou sans imperméable et maintenu par des bandelettes d'emplâtre d'oxyde de zinc, disposées en croix, dont on enlèvera les traces avec l'éther. On rejettera les larges pansements ouatés avec imperméables et bandes qui font étuve. En cas de furoncles multiples, on fera, si possible, autant de petits pansements distincts.

On désinfectera la peau tout autour avec l'alcool camphré ou avec le tétra-chlorure de carbone iodé à 1 p. 100. On poudrera par-dessus ou on appliquera une pâte d'Alibour ou d'oxyde de zinc salicylée à 2 p. 100.

Si les douleurs sont vives, débrider précocement et *profondément* d'un coup de pointe, après anesthésie au chlorure d'éthyle, et toucher l'incision avec l'eau iodée.

— 2^e procédé (Gallois) : Tous les jours savonner largement la région avec un savon antiseptique et rincer avec une solution antiseptique faible : oxycyanure de mercure à 0,01 p. 100 (ou mieux, d'après nous, désinfecter *toute* la région avec l'alcool-éther iodé à 0,10 p. 100). — Puis appliquer sur les furoncles le topique suivant : étaler sur un linge aseptique ou sur un coton taillé à la grandeur voulue, une couche épaisse de glycérolé d'amidon ou de glycérine pure renfermant 0,01 p. 100 d'oxycyanure de mercure ou 1 p. 100 d'acide salicylique. Maintenir par une bande Velpeau bouillie ou stérilisée à

chaque pansement et peu serrée. On change le pansement deux fois, puis une seule fois par jour, en refaisant à chaque fois un savonnage ou une lotion antiseptique. Changer de linge tous les jours et désinfecter les vêtements.

— 3^e *procédé* : Saupoudrer abondamment le furoncle ou l'anthrax avec du salicylate de soude finement pulvérisé, recouvrir de compresses sèches ; renouveler toutes les douze heures et laver. Le procédé est douloureux, mais excellent ¹.

FURONCLE ADULTE PRÊT A S'OUVRIR : Inciser si le furoncle ne perce pas tout seul. L'ablation est inutile, l'incision suffit. Continuer matin et soir les pulvérisations ou mieux les pansements à la glycérine cyanurée. Exprimer doucement, pour vider le pus. Souvent on peut hâter la guérison en enlevant à la pince, *sans l'arracher*, les débris de bourbillon. Puis laver à l'eau iodée faible, ou cautériser avec :

Soufre sublimé 40 gr.

Camphre pulvérisé 40 gr.

Glycérine. Q. s.

pour faire une pâte demi-liquide [ROBIN]

et appliquer un pansement glycériné ou un pansement sec maintenu par des bandelettes d'emplâtre. Continuer à désinfecter et à protéger les téguments environnants (v. ci-dessus p. 412).

FURONCLE OUVERT SPONTANÉMENT OU INCISÉ : Protéger par un ouataplasme imbibé de glycérine cyanurée ou « d'une solution de proto-chlorure d'étain à 5 ou 10 gr. par litre dans l'eau glycinée » (Frouin) et aussi petit que possible ; enlever doucement le bourbillon et s'il tarde

1. On a encore préconisé les ventouses de Bier, les injections en plusieurs points de quelques gouttes de glycérine phéniquée (Déclat), etc.

à s'éliminer s'aider d'une ventouse. Bientôt on se contentera de panser avec une rondelle de lint saupoudré de :

Talc	20 gr.
Sous-nitrate de bismuth.	5 gr.
Paraffine	2 gr.

A la fin de l'évolution du furoncle on pourra panser avec une rondelle d'emplâtre rouge ou d'emplâtre à l'oxyde de zinc, que l'on renouvellera matin et soir en enlevant avec de l'éther les parcelles adhérentes à la peau.

FURONCLE TORPIDE INDURÉ : Appliquer :

Collargol	5 gr.
Axonge	30 gr.

Puis, si le furoncle tarde à se résorber, ponctionner avec un scarificateur ; ou appliquer une ventouse de Bier.

Avec Gallois il faut insister sur la nécessité d'asepsie des pansements, des bandes, etc., des régions environnantes, sur la nécessité de la *désinfection des vêtements*.

FURONCLES REBELLES ET RÉCIDIVANTS, ANTHRAX : **vaccinothérapie**. Tout en continuant rigoureusement le traitement général approprié¹ et en soignant localement les furoncles, on tentera, en cas d'échec de l'étain, la vaccinothérapie qui peut être appliquée non seulement au furoncle et à l'anthrax, mais encore (avec moins de succès toutefois) aux autres pyodermites tenaces et récidivantes : *sycosis*, etc.

Les *vaccins polyvalents* tout faits (dits stock-vaccins²) sont moins bons que les *auto-vaccins* préparés avec les

1. Manté ajoute pendant 8 à 10 jours l'ingestion à chaque repas de LX à CXX gouttes d'acide sulfurique dilué dans un grand verre d'eau.

2. Les meilleurs sont les vaccins fluorés de Nicolle (par exemple préparés par Billon-Poulenc, Paris).

cultures des lésions du malade. On réservera donc ces vaccins polyvalents au début du traitement d'un anthrax, etc., et l'on se hâtera de préparer des auto-vaccins.

On ensemence largement le pus sur gélose ordinaire ou mieux sur gélose à l'urée de Sabouraud et Noiré, que l'on porte à l'étuve à 37°. Au bout de vingt-quatre heures dès que les colonies de staphylocoques sont apparues, on les repique en les étalant sur plusieurs tubes de gélose inclinée ou sur fiole de Roux, qu'on laisse quarante-huit heures à l'étuve afin d'avoir des colonies aussi abondantes que possible. On racle ces cultures et on les dépose dans une capsule de platine stérilisée et préalablement tarée; on pèse; on dilue dans de l'eau salée ou du sérum de Ringer à raison de 1 centimètre de liquide pour un milligramme de culture. En effet cette quantité correspond à peu près au taux habituel d'un milliard de microbes pour un centimètre cube. On stérilisera à 100° la dilution, ou on la tyndallise à 60°, trois jours de suite¹. On numère, pour contrôler la dilution, avec un hématimètre et on corrige au besoin cette dilution de façon à obtenir un milliard pour un centimètre cube. On répartit en ampoules de 0,5 à 1cm³.

Au moment de l'emploi, on agite soigneusement l'ampoule et on injecte avec une aiguille de 25 millimètres, sous la peau du bras.

En admettant qu'un centimètre cube correspond à un milliard de microbes, voici les doses recommandées (Mauté)²:

Dans l'anthrax, dans la furonculose, si elle est encore

1. Il est alors utile, par un repiquage, de s'assurer que les microbes sont tués.

2. D'autres auteurs, Spillmann et Zuber, commencent par des doses plus faibles : 150 millions, puis 250, enfin 500 millions de 6 en 6 jours.

en activité, ou si au cours du traitement de la furonculose torpide survient une poussée, on n'injectera que des doses minimales : 0 cm³ 2, puis, 0 cm³ 3 de 5 en 5 jours.

Si la furonculose est en décroissance ou si les furoncles nouveaux sont petits et peu enflammés, on injectera 0 cm³ 5, le premier et le sixième jour; puis s'il ne survient pas de poussée, 1 centimètre cube, huit jours après; puis 1 centimètre cube, 1 cm³ 5 et même 2 centimètres cubes et 2 cm³ 5 de huit en huit jours, jusqu'à concurrence de huit à dix injections. Attendre trois à quatre semaines et recommencer, s'il y a lieu, une nouvelle série¹.

*
* *

COMPLICATIONS DES PYODERMITES

ÉLÉPHANTIASIS, ULCÈRES, VÉGÉTATIONS, BOTRYOMYCOME
ET BOURGEONS CHARNUS.

A la suite des plaies infectées ou des pyodermites, on peut voir se développer : — des *états éléphantiasiques*

1. La technique de Noiré au laboratoire de Sabouraud est plus simple : il remplit les tubes de gélose d'eau salée stérile et il racle les colonies poussées sur la gélose de façon à les émulsionner dans l'eau salée; il recueille l'émulsion ainsi faite de plusieurs tubes et il centrifuge longuement; il rejette le liquide surnageant, remet de l'eau salée stérile et remélange; il centrifuge pour la deuxième fois à fond, rejette l'eau surnageante, remet de l'eau salée; il centrifuge une troisième fois mais peu de temps, 30 à 60 secondes et à petite vitesse, il reste donc un liquide louche : ce liquide est le vaccin, il le répartit en ampoules qu'il ferme à la lampe. Il stérilise une heure à 58-60°.

Noiré injecte 0^{cm3},25, 0^{cm3},5, 1 cm³., 1 cm³ de 2 en 2 jours, si la réaction locale n'est pas trop vive, de 4 en 4 jours si la réaction est marquée. Il attend 8 jours; puis, tous les 8 jours, il injecte 1^{cm3},5, 2 cm³, 2 cm³., 2 cm³.

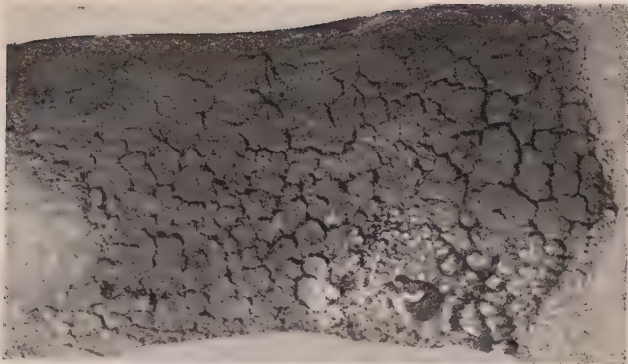


FIG. 48. — Elephantiasis : hyperkératose craquelée et placards végétants : Pachydermie papillomateuse. *Voir pages 57 et 417).*

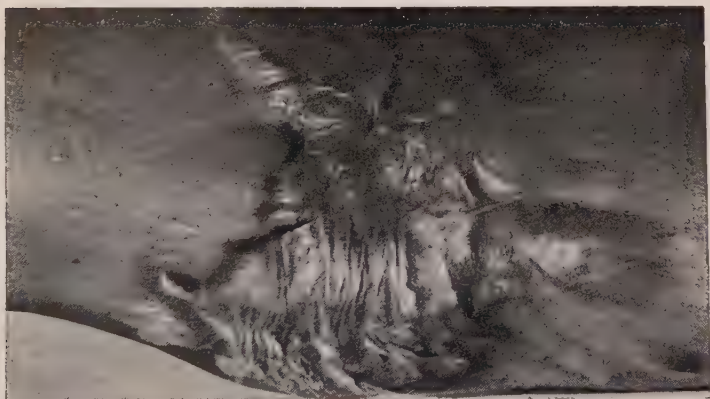


FIG. 49. — Chéloïde. *(Voir pages 417 et 725).*

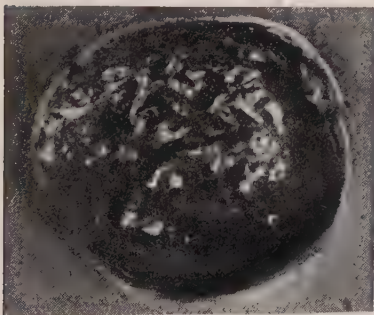


FIG. 50. — Ulcère de jambe.
(Voir page 417).

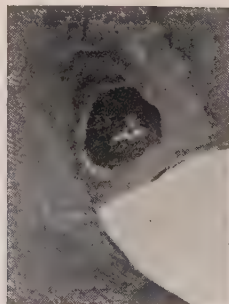


FIG. 51. — Bothryomycome.
(Voir page 417).

(v. p. 57 et fig. 48) avec ou sans troubles trophiques épidermiques, notamment de l'hyperkératose craquelée dont les carapaces cachent des fissures, des placards végétants et même des ulcérations (fig. 48)¹; — des *chéloïdes* (v. p. 736 et fig. 41 et 49) aux prolongements rameux dépassant les bords de la cicatrice envahissant la peau saine (fig. 49); — des *ulcères*, surtout l'*ulcère de jambe* (fig. 50) qui le plus souvent est aboutissant de pyodermites, mais peut être dû à d'autres infections : syphilis, tuberculose, etc. (v. p. 59, note 2, p. 60 et p. 559); — des *végétations*, des bourgeons charnus exubérants, ou la petite néoplasie appelée *botryomycome* (fig. 51)².

Les végétations ne sont pas rares après les pyodermites, mais parfois elles sont précoces, donnant un cachet spécial à la lésion; c'est ainsi qu'Hallopeau a décrit une forme spéciale de *pyodermite végétante* : *Dermatite pustuleuse, chronique, en foyers à progression excentrique*; le plus souvent bénigne, peu douloureuse, elle commence par des bulles ou des pustules purulentes d'emblée, affectionne le pourtour des orifices, la muqueuse buccale. Ces bourgeons charnus seront réprimés par des cautérisations au nitrate d'argent, puis au crayon de zinc, ou même raclés ou galvano-cautérisés.

Le botryomycome siège à la main (fig. 51), au doigt, aux lèvres, parfois au cuir chevelu, etc., on voit se développer lentement une nodosité arrondie et *pédiculée*

1. Contre les éléphantiasis rebelles, on peut tenter le drainage sous-cutané par des soies plates tressées, perdues dans l'hypoderme et remontant jusque dans l'hypoderme sain.

2. Le botryomycome (qui chez le cheval est dû au botryomyces, parasite distinct, au moins actuellement, des staphylocoques) semble chez l'homme, dans la plupart des cas, dû au staphylocoque ou à d'autres germes pyogènes.

de la grosseur d'un pois, d'une noisette, parfois davantage; sa surface est muriforme ou bourgeonnante, rouge et suintante, parfois croûteuse et desséchée, saignant facilement. Elle est séparée de la peau par un sillon au fond duquel on aperçoit le pédicule. Sa consistance est assez ferme.

Le botryomycome sera sectionné à sa base d'un coup de ciseau, et le pédicule sera thermocautérisé ou brûlé au chlorure de zinc au 1/20. Si la lésion récidive il faudra sous anesthésie locale extirper la néoplasie en totalité, c'est-à-dire avec sa base d'implantation et suturer par première intention.

* * *

TRAITEMENT PRÉVENTIF ET DE SURETÉ DES PYODERMITES

Ce traitement préventif, que trop souvent on a tort de négliger, est d'importance capitale dans les pyodermites, car les récidives sont de règle.

On s'efforcera d'éteindre l'infection dans tous ses repaires : coryza, otite, etc. On se méfiera des dartres sèches furfuracées du visage et des soi-disant eczémas rétro-auriculaires qui ne sont que des streptococcies. En effet, de ces repaires, les microbes pyogènes peuvent repartir pour réenvahir les téguments.

On conseillera une hygiène minutieuse de la région prédisposée :

— Bains cuivriques ou permanganatés (v. p. 87) et lavage hebdomadaire au savon pur ou soufré ou résorciné, pas trop répété;

— Friction douce à l'alcool camphré ou résorciné

chaque matin ; laisser sécher, puis poudrer avec du talc boraté, soufré ou salicylé par exemple :

Talc tamisé.	90 gr.
Borate de soude.	8 gr.
Acide borique.	2 gr.

ou :

Talc tamisé.	90 gr.
Acide salicylique	4 gr.

Si cela ne suffit pas, porter un sachet formolateur (voir ci-dessus p. 441).

— Surveiller chaque jour l'apparition des pyodermites ; les cautériser avec une allumette de bois imbibée d'iode-acétone matin et soir (v. p. 441). Si la lésion devient une pustulette, l'ouvrir aussitôt avec une aiguille flambée, exprimer la goutte de pus, cautériser avec la teinture d'iode jusqu'à disparition complète de l'induration. Il faut, en effet, se méfier que, sous l'influence de l'iode, la folliculite paraît souvent guérir ; mais elle persiste sous forme de petit nodule profond qui, les jours suivants, peut se réactiver et s'ulcérer ; il faut donc ioder ces nodules jusqu'à complète disparition, et au besoin les percer avec un scarificateur.

Ce traitement suffit presque toujours ; si, malgré ces soins, les lésions récidivaient, il faut recourir à l'*héliothérapie*. Le malade exposera les régions atteintes au soleil, en commençant par quinze minutes d'irradiation et en augmentant chaque jour de cinq à dix minutes, de façon à atteindre deux à trois heures ; il protégera la tête durant cette insolation. Sous l'influence du soleil, la peau se pigmente, « se tanne » ; les suppurations avortent et ne se reproduisent plus. Bien entendu, on devra continuer les autres soins hygiéniques.



Cette « stérilisation » du tégument a une importance pronostique souvent méconnue que je crois important de souligner¹.

En effet, la persistance des microbes pyogènes saprophytes sur la peau et dans les glandes, la persistance de microbes pathogènes dans les dartres furfuracées et dans les plis rétro-auriculaires, dans les fosses nasales et la bouche, ne constituent pas seulement une menace de récurrence de pyodermites : impetigo, ecthyma, etc. ; elles peuvent provoquer des accidents plus graves encore : les érysipéloteux ont fréquemment dans leurs antécédents de l'impetigo et de ces streptococcies larvées, négligées, qui ont préparé l'apparition de l'érysipèle. Ces streptocoques peuvent compliquer des infections : diphtérie, scarlatine, et l'on se souvient du pronostic terrible des strepto-diphtéries et de la gravité des bubons et des infections générales streptococciques secondaires à la scarlatine. Il n'est donc pas indifférent d'héberger des streptocoques virulents sur ses téguments et ses muqueuses.

Le staphylocoque n'est pas non plus un hôte inoffensif : les acnés et furunculoses chroniques peuvent sensibiliser l'organisme vis-à-vis d'autres infections et surtout de la tuberculose ; il faut toujours craindre la tuberculose dans les grandes acnés chroniques du dos...

Il y a, en un mot, un pronostic lointain des pyodermites que l'on ne doit pas négliger ; il faut donc débarrasser la peau de ces microbes, dangereux dans le présent et pour l'avenir.

1. Voir Gougerot, *Paris médical*, 1918, n° 44, p. 348.



FIG. 52. — Kératoses blennorragiques palmaires coniques.
(Voir page 383).

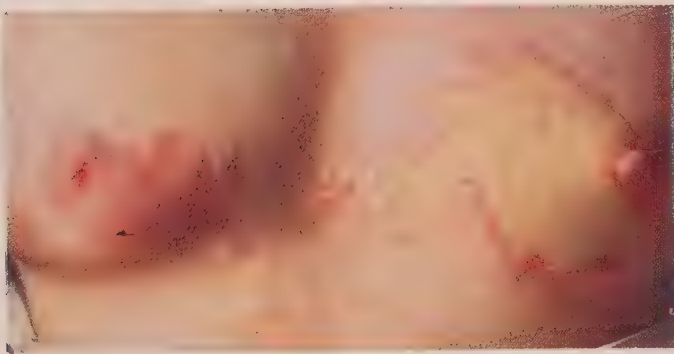


FIG. 53. — Gangrène hystérique des seins. (Voir page 421).

CHAPITRE VIII

GANGRÈNES CUTANÉES

La nécrose est la mortification aseptique de la peau par oblitération artérielle ou capillaire (nécrose par compression : ulcération de décubitus, au moins au début, etc.), par caustiques (acide phénique, etc.) et peut-être par troubles nerveux.

La gangrène est la nécrose de la peau avec infection par les microbes anaérobies.

Le diagnostic de gangrène est facile le plus souvent : odeur putride, aspect pseudomembraneux, ou enduit putrilagineux noirâtre, verdâtre, ulcération à parois noires ou verdâtres, etc.

On éliminera les nécroses et gangrènes dues aux brûlures, aux gelures, aux radiodermites aiguës, aux caustiques (acide phénique, etc.), aux compressions, aux intoxications par l'ergot de seigle, l'arsenic, etc., à la maladie de Raynaud, etc., aux *artérites syphilitiques*, diabétiques, bacillaires, indéterminées¹, etc. On pensera au charbon (v. p. 483), et l'on se souviendra que la gan-

1. J'en ai observé deux cas : *Iconogr. de la Salpêtrière*, 1908, n° 1, et *Annales des mal. vénériennes*, 1918, n° 7, p. 389.

grène hystérique¹ n'est qu'une simulation (v. fig. 53 et p. 251, p. 820, fig. 201 à 209).

On précisera ensuite la forme clinique et étiologique des gangrènes primitivement cutanées.

Tantôt la gangrène frappe la peau en des points multiples; cette forme se rencontre presque exclusivement chez les enfants : *varicella gangrenosa* d'Hutchinson due à un germe inconnu ou au *bacillus ramosus*, bacille anaérobie. Le début est variable : tantôt par une phlyctène rosée ou hémorragique qui, en se rompant, découvre le derme noirâtre (pemphigus gangreneux), tantôt par une lésion varicelliforme, tantôt par un ecthyma croûteux, tantôt par une ulcération (ecthyma gangreneux). La suppuration est plus ou moins abondante, l'escharre finit par se détacher, laissant une ulcération de 8 à 30 millimètres, arrondie, profonde; parfois l'ulcération continue de creuser (ecthyma térébrant, p. 394). Laguérison est lente, les cicatrices sont indélébiles.

Tantôt la lésion revêt la forme de « phagédénisme géométrique » décrit par Brocq et Cl. Simon et dû à un germe encore inconnu. Cette lésion se reconnaît à la rapidité de son extension centrifuge, à la forme géométrique curviligne de ses contours, à l'aspect spécial du bord : tuméfaction des téguments au niveau du bord; aréole rouge périphérique; crête culminante linéaire, en dedans de laquelle l'ulcération est taillée à pic en falaise plus ou moins abrupte; cette falaise porte dans ses parois de petits abcès miliaires... » Les segments de cercle sont plus grands et plus réguliers que dans la syphilis. Le phagédénisme de la

1. *Figure 53* : on voit que sur le sein gauche l'escharre produite volontairement par le caustique est encore en place, blanc jaunâtre « coënneuse », cerclée par une auréole rouge. Sur le sein droit, l'escharre est tombée laissant apercevoir le derme rouge exulcéré.

période secondaire (syphilis maligne précoce) se distingue du phagédénisme géométrique « par une marche bien moins rapide, par une physionomie infiniment moins virulente, par des bords peu tuméfiés, peu épais, simplement taillés à pic; celui de la syphilis tertiaire par une configuration plus irrégulière, à circinations assez petites en arcades mauresques, par sa tendance à gagner en profondeur aussi bien qu'en surface (dans le phagédénisme géométrique, la lésion est plus superficielle, n'entamant que la peau), par la rapidité avec laquelle agit le traitement antisiphilitique mixte ».

Tantôt la gangrène due aux germes les plus variés, streptocoques, anaérobies, bacille fusiforme de Vincent, bacille de la pourriture d'hôpital, spirochètes, etc., atteint une ou plusieurs régions cutanées en provoquant de larges lésions; elle est primitive ou secondaire, par exemple secondaire à un chancre, à des syphilides, à une nécrose par artérite, etc. La débilitation de l'organisme est constante, favorisant l'infection streptococcique ou anaérobie; on devra donc pratiquer un examen viscéral minutieux, rechercher toujours le *diabète* et corriger les troubles généraux. La lésion débute, par exemple, au membre inférieur, soit par des plaques rouges ou purpuriques et même urticariennes, soit par des vésico-bulles impétigineuses ou ecthymateuses. Bientôt l'escarre apparaît blanchâtre ou noirâtre, plus ou moins étendue, entourée d'une zone inflammatoire, et souvent d'un bourrelet bulleux purulent serpiginieux (gangrène diabétique bullo-serpiginieuse; puis un sillon suppurant d'élimination se forme. L'état général est très variable, parfois remarquablement bénin, souvent très grave, avec fièvre, délire, etc., témoignant d'une toxémie générale et pouvant entraîner la mort.

Tantôt la gangrène est foudroyante : ce sont les *gangrènes foudroyantes des organes génitaux* de Fournier : les unes très proches des érysipèles gangreneux et semblant

de nature streptococcique, les autres dues à des spirochètes associés ou non à des anaérobies (v. *Traitement de la syphilis*, p. 571).

Le traitement doit être rapidement institué :

Lorsque la gangrène tend à rester localisée, et ne s'accompagne pas de symptômes généraux, on pourra se contenter du traitement antiseptique : lavages avec le chlorure de zinc au 1/500, suivis de cautérisation avec le même corps, au 1/10 à 1/20, la teinture d'iode, le permanganate de potasse au 1/10, le naphthol camphré, le nitrate d'argent au 1/10 ; puis pansements humides avec le corps correspondant au caustique employé : chlorure de zinc à 1 0/00, eau iodo-iodurée à 0,20 à 1 0/0 ou vaseline iodée (v. p. 624), permanganate de potasse à 1 0/00, vaseline naphtholée à 5 ou 10 0/0 ou vaseline continuant 10 à 20 0/0 de collargol, bleu de méthylène à 1 0/0, et surtout térébenthine savon 10 ; alcool à 90° 25 ; essence de térébenthine 50 dans un litre d'eau (Tedenat) ou : essence de térébenthine 30 cm³ ; alcool à 95° 100 cm³ ; éther 870 cm³ 15 à 30 0/00.

Dès que l'escarre tend à ne plus progresser, on remplacera les pansements humides permanents par des poudrages avec l'iodoforme, l'aristol, le sous-carbonate de fer, puis par des pâtes épaisses antiseptiques d'Alibour, etc. (v. p. 389), en continuant matin et soir les lavages et les cautérisations. Nous attachons une particulière attention à la désinfection de l'ourlet purulent d'épiderme décollé qui marque la bordure envahissante des lésions.

La cicatrisation sera favorisée par les moyens habituels : pommade au sous-carbonate de fer, etc. (v. *Pyodermes*, p. 395).

Dans les cas *graves* d'emblée ou qui s'aggravent, il faut d'*urgence* recourir au traitement de choix : la cautérisation à l'air chaud à 700°, sous chloroforme, de toute la lésion gangreneuse, en dépassant largement les bords. Si l'on n'a pas d'appareil à air chaud, on usera du thermocautère, puis on cautérise à la teinture d'iode et on panse avec la poudre d'Alibour ; les jours suivants on surveille les lésions ; si elles ne progressent plus, on applique le traitement des cas bénins ; si elles progressent, il faut refaire une seconde aérothermocautérisation.

On ne négligera pas le traitement général qui est celui de toutes les infections (v. p. 475), notamment on fera systématiquement des injections d'électrargol.

La nature spéciale de certaines gangrènes doit faire instituer un traitement spécial : — dans les ulcérations gangreneuses dues à l'*association fusio-spirillaire* de Vincent, Achard et Flandin ont employé avec succès l'application locale de poudre de 606 ou de 1416 et dans des gangrènes d'origine spirillaires graves, Ravaut, Spillmann ont proposé l'injection intraveineuse de 606 ou 914. — Dans les gangrènes des *syphilitiques*, il faut donner à l'intérieur, 2 à 4 grammes d'iodure de potassium et ne pas s'acharner à un traitement local caustique : souvent des pansements à l'eau bouillie font mieux que des corps chimiques irritants. — Dans les *diphthéries*, on recourra d'urgence aux injections de sérums. Dans les streptococcies et dans les infections anaérobies on fera des injections de sérums antistreptococcique et antianaérobie, notamment du sérum de Leclaniche et Vallée, etc.

CHAPITRE IX

DERMATOZOoses SUPERFICIELLES

GALE, PÉDICULOSES, PHTIRIASE

Les diverses dermatozooses superficielles, p. 426.

Gale, p. 429; gale polymorphe vulgaire, p. 430; gales larvées, p. 431; fausses gales, p. 434; diagnostic microscopique, p. 434; évolution, p. 434.

Traitement : Précautions générales, p. 435. 1° Expectative, p. 435; — 2° Traitement doux, p. 436; — 3° Frotte, p. 437; — 4° Traitement des enfants ou des adultes à peau très irritable, p. 440; — désinfection, p. 440; — surveillance de la convalescence, p. 441.

Pédiculose du corps, p. 442.

Pédiculose du cuir chevelu, p. 445.

Phtiriasse du pubis, p. 447.

Le problème thérapeutique est dominé par la nature parasitaire spéciale de ces dermatoses qui réclame un traitement spécial. Diagnostic très important, car nombre de soi-disant eczémas, de prurits, de pyodermites, qui, traités comme tels, s'éternisent, guérissent par enchantement dès qu'on applique les traitements parasitocides.

De nombreux parasites peuvent infecter l'épiderme humain :

— 1° *Gale humaine vulgaire* dite *Sarcoptes scabiei*, variété *hominis* (v. p. 429) et *gale norvégienne* due, pour les uns, à un acare spécial, le *Sarcoptes scabiei crustosæ*, pour les autres au même parasite que la gale vulgaire. Les lésions dans la gale norvégienne sont intenses, elles peuvent envahir la face, même le cuir chevelu et les ongles qui sont respectés

dans la gale vulgaire. En outre des épidermites habituelles de la gale, on observe des amas croûteux irréguliers, voire des carapaces plus ou moins étendues de 1 à 20 millimètres d'épaisseur, d'un blanc grisâtre, dures et poreuses (comme la pierre ponce), inégales, crevassées. Arrachées, ces croûtes laissent apercevoir le derme dénudé suintant, plus ou moins papillomateux, parsemé de sarcoptes vivants et d'œufs (v. p. 318). — *Gales animales* du cheval, du mouton, de la chèvre, du porc, du chien, du chat, du lapin et du rat, etc., dues à des acares différents de la race humaine, mais transmissibles à l'homme.

Le traitement est le même pour toutes ces gales (v. p. 435).

Il faut y ajouter des éruptions prurigineuses urticairenes dues au *Glycyphagus ornatus*, acare vivant dans les parquets et le crin des meubles.

— 2° *Pédiculose du cuir chevelu* due au *Pediculus capitis* (v. p. 445).

— 3° *Pédiculose du corps* ou mieux des vêtements due au *Pediculus vestimenti* (v. p. 442).

— 4° *Phtiriase du pubis* due au *Phthirus pubis*, vulgo « morpion » (v. p. 447).

Des pédiculoses et des phtiriasés, on peut rapprocher d'autres lésions parasitaires, car le traitement est analogue : le xylol fait merveille contre tous ces parasites et on recourra au xylol, d'emblée ou secondairement, si les traitements classiques résumés dans les lignes suivantes restent insuffisants.

L'urticaire et l'érythème scarlatiniforme des ouvriers criblant les céréales (orge) dus au *Pediculoïdes ventricosus*, les érythèmes dus aux *Argas* seront traités par des bains tièdes, avec ou sans lotions phéniquées ou au sublimé.

Les *Dermanyssus gallinæ* qui provoquent des éruptions aux avant-bras seront détruits par des lotions vinaigrées, phéniquées, ou de sublimé au 1/1000.

Le prurigo dû au rouget (*Trombidium*) sera traité par des

pommades au baume du Pérou, ou par des onctions avec la benzine, puis par des lotions alcoolisées ou vinaigrées.

Les ixodes ou tiques qui restent piqués sur la peau ne seront pas arrachés vivants, mais d'abord tués par du pétrole, benzine ou térébenthine.

La chique, qui pénètre sous l'épiderme des pieds et des jambes, sera extraite avec une pince *sans la crever* et la place sera cautérisée avec la teinture d'iode; on a encore recommandé l'alcool camphré ou thymolé, l'onguent gris.

— 5° *Prurigos* dus aux *punaises* des lits, aux *puces*, aux *moustiques*, etc. *Piqûres d'abeille*, *frelon*, *guêpes*, *actinium*. *Morsure de crabes* (érysipéloïde), *araignée*¹ (fig. 244), etc.

Des applications d'alcool saturé d'aloès², d'eau vinaigrée, d'eau phéniquée, de permanganate de potasse, au besoin des pansements humides à l'eau de pavot, atténueront la douleur et la réaction inflammatoire. Une goutte de collodion salicylé ou d'iode-acétone hâteront la guérison des nodules persistants.

— 6° *Myases* dues aux larves de différents diptères, nées des œufs que les mouches ont déposés sur des plaies ou dans les cavités naturelles : conduit auditif, fosses nasales, sinus et pharynx, voire dans l'estomac et les intestins, etc. Ces larves restent à la surface ou pénètrent dans les tissus, donnant des tuméfactions furonculeuses très douloureuses, provoquant des hémorragies, pouvant détruire les tissus en les rongant, et attaquer même les yeux.

On panse avec de l'alcool camphré ou des huiles empyreumatiques : d'eucalyptus, etc.; on enlève les parasites

1. Gougerot : Large disque érythémat-purpurique jusqu'à tendance vésiculeuse avec gangrène par piqûre venimeuse. *Paris médical*, 15 déc. 1917, n° 50, p. 493 (voir ici fig. 244, p. 836).

2. Un crayon d'alcool pur ou médicamenteux conservé dans un tube est commode à avoir dans la poche.

Glycérine.	2 gr.
Stéarinate de soude.	6 gr.
Alcool camphré.	10 gr.

à la pince après avoir incisé les abcès ou injecté des antiseptiques dans les trajets fistuleux.

7° *Creeping-éruption* de R. J. Lee, due à *Larva migrans*. Ce parasite se promène sous la peau, dessinant une ligne rosée large de 1 à 4 millimètres, sinueuse, qui progresse chaque jour de 1 à 10 centimètres; le trajet ancien pâlit au fur et à mesure que l'animal circule ailleurs. On détruit le parasite par de larges onctions d'onguent gris ou mieux d'huile iodée ou de pommade iodo-iodurée, d'un diamètre de 20 centimètres, le centre étant fixé au dernier point d'arrêt du parasite. En cas d'échec on tentera des injections antiseptiques (v. p. 642) autour du parasite.

Ces affections parasitaires sont souvent des maladies de misère et de déchéance organique (il importera donc de traiter l'état général). Plus souvent encore, elles sont le résultat d'une malpropreté et d'une incurie qui nécessitent une éducation morale; mais on se souviendra que, quelle que soit la situation sociale, on a pu observer des dermatoses parasitaires, pédiculoses, gale, etc.

*
* *

GALE

La gale atteint tous les âges; elle a pour cause unique la contagion interhumaine. Le parasite ne circulant guère que la nuit à la surface de la peau, la transmission se fait presque toujours au lit; aussi a-t-on pu dire que le plus souvent la gale était une affection vénérienne; mais elle peut être transmise par des draps non lavés, par des vêtements, même par une poignée de main ou par le contact d'un objet: outil, poignée, etc., qu'un galeux vient de toucher. La gale est très contagieuse et

l'atteinte de la personne, qui partage le même lit, est un des meilleurs signes diagnostiques dans un cas douteux.

GALE POLYMORPHE VULGAIRE (fig. 55 et 57). La gale apparaît après une incubation de 2 à 40 jours, en moyenne, 7 à 15 jours. Elle se caractérise : 1° par du prurit plus ou moins marqué, rarement nul¹, à recrudescence nocturne ou même exclusivement vespéral et nocturne ; — 2° par des lésions cutanées spécifiques, sillons et vésicules perlées ; — 3° par des lésions non spécifiques associées : papules d'urticaire, de prurigo, pustules, bulles purulentes, eczématisation, etc., réalisant une éruption polymorphe ; — 4° par des sièges d'élection caractéristiques. Car, si les lésions peuvent être disséminées partout, elles prédominent dans certaines régions qui sont : les *espaces interdigitaux* (fig. 55), la face antérieure des *poignets* (fig. 56), la face postérieure des *coudes*, les *aiselles* non pas dans le creux de l'aisselle, mais sur le bord du muscle grand-pectoral, les seins, surtout les *mamelons* (fig. 57), le *fourreau et le gland* (fig. 58), les *plis sous-fessiers*, et, particulièrement *chez les enfants, les orteils et la plante des pieds*. La face n'est jamais envahie par les sillons, mais elle peut être atteinte de pyodermites autoinoculées et d'eczéma.

Cet ensemble de lésions polymorphes à sièges si spécifiques donne aux galeux un aspect caractéristique qui attire d'emblée l'attention et fait faire le diagnostic à première vue (fig. 55). Mais il faut toujours confirmer cette première impression par la recherche des lésions spécifiques : sillons et vésicules perlées (fig. 56).

1. C'est la gale non prurigineuse, opposée à la gale très prurigineuse des nerveux et intoxiqués.

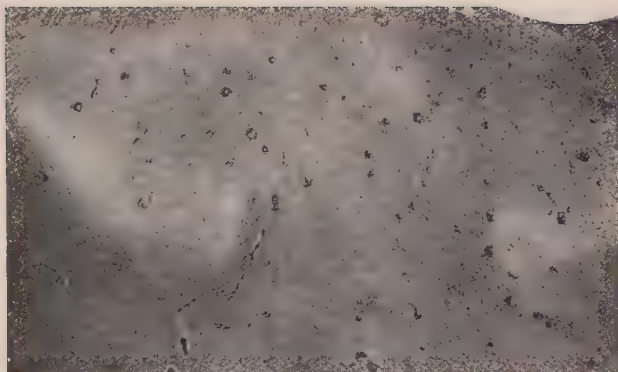


FIG. 54. — Phtiriose du corps. Lésions entre les épaules : épiderme sale épaissi mélanodermique, papules de prurigo, pustules, stries de grattage. (*Voir page 442*).



FIG. 55. — Gale polymorphe : mélange de bulles purulentes, d'excoriations, de croûtes et d'eczéma. (*Voir page 429*).

C'est dans les régions d'élection, surtout entre les doigts, à la face palmaire des poignets, aux aisselles, à la verge, qu'il faut, au milieu de l'éruption polymorphe, chercher systématiquement les éléments spécifiques : les *sillons* et les *vésicules perlées*.

Le *sillon* de la gale dessine un petit trait, très fin, comme tracé par une aiguille qu'on aurait enfoncé dans la couche cornée de l'épiderme (fig. 56). Il peut n'avoir qu'un ou deux millimètres de longueur, mais habituellement il a de 3 à 5 millimètres, et même jusqu'à 12 et 15 millimètres. Ce sillon est simplement marqué par une sorte d'élevure de la peau, rappelant les trajets de taupe. Quelquefois il est terminé à une de ses extrémités, celle où siège le parasite, par une vésicule blanchâtre minuscule. D'autres fois, surtout chez les individus peu soigneux, le sillon, rempli par des grains de poussière, apparaît pointillé de noir. Ce sillon peut être déformé, soit par des stries de grattage, soit par la suppuration. En pratique, il n'y a que deux lésions qui puissent simuler le sillon de l'acare : 1° une simple égratignure (mais celle-ci sera rectiligne alors que le sillon est légèrement sinueux); 2° de petites vésicules d'eczéma, qu'un hasard a disposées en chapelet. Dans le doute, il suffit, avec une aiguille, de percer la vésicule et d'en extraire l'acare que l'on voit fort bien se mouvoir sur une lame de verre, malgré son extrême petitesse, égale à la pointe d'une aiguille.

La *vésicule perlée*, qui siège, elle aussi, le plus souvent entre les doigts, est une petite vésicule (fig. 56), peu saillante, transparente, d'où son nom.

GALES LARVÉES. Il existe d'autres formes où la gale prend les apparences d'une autre maladie et dont le dia-

gnostic est difficile, ce sont les *formes larvées* de la gale, formes qu'il faut bien connaître, car si on ne les recherche pas avec persistance, on passera certainement à côté d'elles. Pour faire le diagnostic on s'appuiera sur le *polymorphisme lésionnel*, sur les *sièges spéciaux d'élection*, sur la *recrudescence vespérale et nocturne du prurit*, sur la notion de *contagion* et surtout sur la recherche des *sillons et vésicules perlées*. Parfois même, dans des cas de gale, qui, plus tard, apparaîtront certains, l'examen le plus prévenu, le plus partial, n'arrive pas à découvrir la lésion typique indubitable.

Ces gales larvées peuvent revêtir les aspects les plus variés :

Tantôt la gale se cache derrière un eczéma : parfois cet eczéma est généralisé, quoique plus marqué aux sièges d'élection de la gale. Plus souvent, il est localisé aux mamelons, aux coudes, etc. Aussi, pratiquement, et sauf de rares exceptions, tout eczéma du mamelon, que n'explique pas la période de grossesse ou d'allaitement, doit faire penser à la gale; tout eczéma papulo-vésiculeux de la face postérieure du coude doit être suspect de gale; derrière toute dyshidrose, il faut chercher l'acare.

Tantôt la gale se cache derrière des pyodermites (fig. 55); les pustulettes font penser aux ecthymas, à la furonculose, à l'acné pustuleuse. Mais ces affections, lorsqu'elles sont indépendantes de la gale, ont une localisation un peu différente des pyodermites de la gale; les petits furoncles siègent surtout au tronc, sur le dos, dans les régions lombaires et fessières; au contraire, la gale pustuleuse a comme siège de prédilection les membres. Toutefois les impétigos, les ecthymas d'origine galeux peuvent se généraliser à la face, et se compliquer de

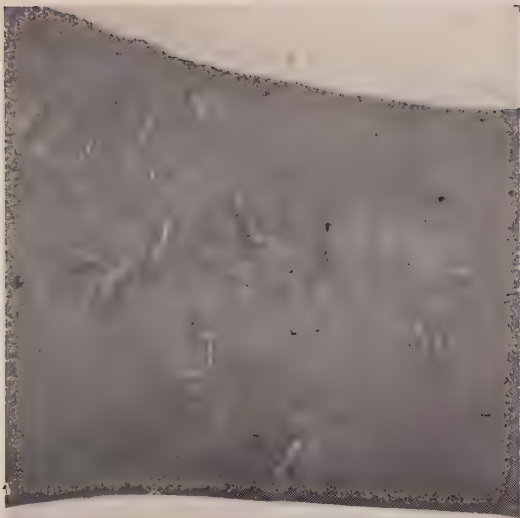


FIG. 56. — Gale de la face antérieure du poignet.
Sillons et vésicules perlées. (*Voir page 430.*)

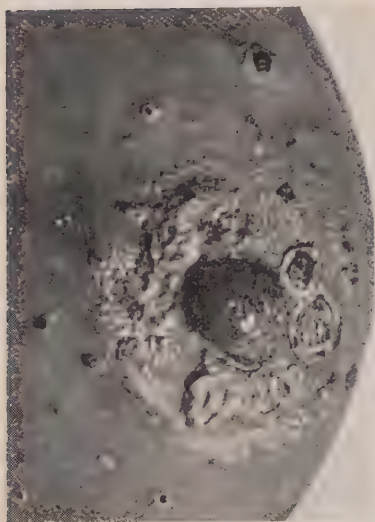


FIG. 57. — Gale du mamelon et du sein : mélange d'eczéma et de pyodermites croûteuses et squameuses.
(*Voir page 429.*)



FIG. 58. — Gale de la verge :
ecthyma-galeux chancriforme.
(*Voir page 429.*)

lymphangite et d'adénites, qui obscurcissent le diagnostic.

Tantôt la gale infectée revêt une *forme bulleuse* (fig. 55) qui simule les dermatites polymorphes douloureuses herpétoïformes de Dühring, et les pemphigus, surtout chez les enfants, les jeunes femmes, dont la peau est fine. Les pemphigus étant souvent prurigineux, il en résulte une réelle difficulté de diagnostic.

Tantôt la gale prend l'aspect d'urticaire; aussi la constatation d'une urticaire chez qui que ce soit doit faire songer à rechercher la gale.

Tantôt enfin la gale simule la *syphilis* et les *tuberculides* par ses pyodermites.

Les lésions galeuses peuvent ressembler à la roséole ou aux papules syphilitiques; la coexistence de gale et de syphilis secondaire n'étant pas rare, on conçoit la difficulté du problème. Des lésions du fourreau, ulcérées et ecthymatisées, peuvent ressembler à un chancre (voir fig. 58 et *Traitement de la syphilis*, p. 236). Mais le chancre a une forme *orbiculaire*, à moins qu'il ne siège dans la rainure balano-préputiale, là où ne s'insinue presque jamais la gale. Le chancre scabieux a, au contraire, une *forme allongée*, comme le sillon qui lui a donné naissance, et tout autour on voit des pustulettes.

Les pyodermites de la gale peuvent être confondues avec des tuberculides (v. p. 567); les enfants scrofuleux, les adultes acro-cyanotiques ont tendance à faire, principalement sur les membres inférieurs, des lésions suppurées à bords violacés, à fond bourgeonnant et pâle, lentes à se cicatriser, et laissant des cicatrices pigmentées. L'erreur a été faite plusieurs fois avec des tuberculides pustuleuses ou papulo-nécrotiques, dont le pronostic est autrement grave.

Ces erreurs de diagnostic ont une double gravité : tout d'abord, on confond la gale avec une affection presque toujours plus grave, et l'on inquiète inutilement le malade; ensuite, la gale n'étant pas reconnue s'éternise et peut contagionner l'entourage, alors qu'un traitement approprié la guérirait en quelques jours.

FAUSSES GALES. — Il ne faut pas se laisser entraîner à l'erreur inverse et croire à la gale, alors qu'il s'agit d'une autre affection. Parmi les affections que l'on est exposé le plus souvent à confondre avec la gale parasitaire, il faut citer tout d'abord ces affections désignées sous les noms de *gale des épiciers*, *gale des cimentiers* et des *maçons*. Ce sont des éruptions de dermite artificielle, compliquées d'eczéma, de pustules, de lésions de grattage, se localisant surtout aux mains.

Le diagnostic est, d'ordinaire, facile. Il suffit de rechercher les lésions élémentaires de la gale et ses localisations de prédilection. Mais un malade atteint de « gale » des épiciers, etc., peut avoir de l'eczéma sur d'autres parties du corps qui simule la gale et complique le diagnostic.

Diagnostic microscopique. — Dans les cas douteux, on prélèvera des squames ou on coupera un lambeau d'épiderme au niveau des sillons douteux, et on les examinera au microscope, après éclaircissement dans la potasse (v. Teignes, p. 648); on pourra ainsi découvrir des sarcoptes ou des œufs qui fixeront le diagnostic.

ÉVOLUTION. — La gale non traitée ne guérit pas; elle subit des aggravations et des rémissions souvent inexplicables; elle peut devenir très grave par les infections cutanées secondaires qu'elle a inoculées; on l'a accusée de déterminer des néphrites, sans doute par les pyoder-

mites qu'elle provoque. Traitée, elle guérit plus ou moins rapidement; mais elle peut laisser après elle du prurigo, du prurit ou de l'eczématisation que l'éruption parasitaire a déclenchés et certains névropathes restent, après complète guérison de la gale, des acarophobes.

TRAITEMENT DE LA GALE

Le traitement de la gale n'est pas toujours, aussi facile que l'indique la formule classique : « gale=frotte ». Il comprend quatre parties principales : 1° détruire le parasite par le baume du Pérou, l'onguent styrax, le soufre, le pétrole, le naphthol, etc.; 2° désinfecter les vêtements par la chaleur ou par le formol; 3° guérir les lésions associées à la gale ou consécutives à la frotte; 4° supprimer le foyer originel ou les gales inoculées à l'entourage : par exemple, il est indispensable, même si elle ne se gratte pas encore, que la personne qui partage le même lit se traite avec le galeux; ou, si elle refuse le traitement, qu'elle fasse lit séparé.

Divers cas sont à envisager :

1° *Les malades sont couverts d'éruptions eczémateuses diffuses et de pyodermites, souvent compliquées de lymphangite et de tuméfactions œdémateuses des membres.* — De tels malades ne peuvent être débarrassés immédiatement de leur gale. On calmera tout d'abord l'eczéma aigu par des pulvérisations suivies de larges poudrages, puis on usera de larges applications d'une pâte de zinc avec ou sans goudron, avec ou sans camphre (voir Traitement des prurits, p. 308-309); on nitratera les placards les plus suintants. On combattra les infections par des bains locaux et des pulvérisations, par l'ouverture des

bulles et l'ablation des croûtes, par des cautérisations avec l'eau d'Alibour ou le nitrate d'argent et par des applications de poudre et de pommade d'Alibour, sans pansements imperméables (v. p. 389-390). Au bout de 5 à 20 jours, dès que ces affections surajoutées s'atténuent, on appliquera un traitement actif; il n'y a aucun intérêt à trop attendre, à moins que la peau ne soit très irritable. Le traitement actif sera alors un traitement doux au naphthol, à l'onguent styrax ou au baume du Pérou, plutôt que la frotte soufrée.

2° *Le malade a une peau délicate, ou il a eu des lésions irritées, ou il craint la frotte soufrée*, ou bien la malade est enceinte; on appliquera le **traitement doux** :

*Baume du Pérou*¹. — On l'emploie pur, ou plutôt ramolli avec un peu d'alcool à 90° ou d'huile, sans bain et sans savonnage préalables.

Quatre jours de suite, le malade se frictionne du cou aux pieds, le soir, avec ce baume. Il met un maillot, un caleçon, des gants et des chaussettes, qui s'imbibent du médicament et qui resteront les mêmes durant tout le traitement; au matin, il garde son enduit. Je recommande, en outre, d'appliquer sur les sillons visibles une gouttelette de teinture d'iode diluée.

(Si le baume pur est mal toléré, on le dilue avec de l'axonge, par exemple 1 partie de baume, 3 d'axonge.)

On recommencera, si besoin est, une deuxième série de quatre jours.

Styrax. — Pendant huit jours de suite, se frictionner le soir, tout le corps avec :

Huile d'olive.	} aa 250 gr.
Styrax liquide fraîchement préparé.	

1. Ce baume ne doit pas être employé, dit-on, chez les enfants.

Au matin, laisser le mélange appliqué sur la peau, ou prendre un bain sulfureux.

Pommade composée. — On peut combiner trois anti-psoriques :

Naphtol $\frac{c}{c}$	3 à 5 gr.
Baume du Pérou	15
Styrax liquide fraîchement préparé . .	20
Craie préparée	20
Axonge (ou vaseline)	40

[DARIER].

Dans tous les traitements doux, qui nécessitent un traitement de plusieurs jours, il est prudent de faire deux désinfections des objets que l'on continue de porter ; la première désinfection a lieu le premier jour du traitement, la deuxième l'avant-veille de la fin du traitement.

3° *Le malade est vigoureux, ne présente qu'un peu d'eczématisation et des pyodermites sans complications, sa peau n'est pas irritable.* — On peut lui appliquer d'emblée la **frotte soufrée ou sulfureuse de l'hôpital Saint-Louis**. Ce traitement rapide, très efficace, économique, réclame, pour être bien fait, une expérience que n'ont ni les malades, ni des infirmières non spécialisées ; il exige surtout des précautions assez ennuyeuses, dont la négligence explique la plupart des récidives. Aussi, mieux vaut-il ne pas tenter la frotte, si l'on prévoit qu'elle sera mal faite, ou si l'on ne peut pas la surveiller soi-même¹.

1. Loin de toute ressource on pourrait employer un traitement encore plus économique : le pétrolage. Le malade s'enduit de pétrole, se revêt d'une chemise maillot, caleçon, bas et gants imbibés de pétrole et reste ainsi toute la nuit. Il recommence trois nuits de suite. Il faut, bien entendu, prendre garde au feu.

*Premier temps*¹. — Savonnage : le malade, nu, dans une pièce chaude, se savonne *en frottant*, du cou aux pieds, avec de l'eau chaude et de la poudre de savon blanc ou du savon sulfureux, si la peau est délicate ; avec du savon noir mêlé du quart de son volume de glycérine, si la peau est résistante. Ce grand savonnage doit durer vingt minutes.

2^e temps. — Bain sulfureux, dans lequel le patient continue à se frotter et à se savonner pendant trente minutes.

3^e temps. — Avec une serviette rude trempée dans l'eau du bain, on s'attachera attentivement à ouvrir tous les sillons dans les lieux d'élection : entre les doigts, aux aisselles, aux coudes, etc. Ce temps, pénible, est trop souvent négligé, bien que ce soit le plus important de tous.

1. A la frotte *soufrée* classique, je préfère la frotte *sulfureuse* moins irritante et plus active. La technique est d'ailleurs plus simple : — 1^o et 2^o bain au savon *neutre* pendant vingt minutes ; — 3^o et 4^o frotte pendant 30 minutes avec la pommade sulfureuse en ayant soin d'ouvrir les sillons ; — 5^o talquer par-dessus la pommade et la garder vingt-quatre heures ; — puis 6^o bain.

Avec Paul Duret, j'emploie la formule suivante :

Soude caustique à la chaux	33	} 350 gr.	
Soufre sublimé	45		
Eau.	272		
Soude caustique.	7	} 100 gr.	
Oxyde de zinc	30		
Eau.	63		
	Hiver.	Été.	
Lanoline.	200	275	} 550 gr.
Vaseline.	200	275	
Huile de vaseline	150	0	
Total	1 000 gr.		

Faire dissoudre à froid la soude dans son poids d'eau ; puis ajouter le soufre et faire chauffer jusqu'à dissolution ; reprendre par quantité suffisante d'eau pour faire un poids total de 350 grammes. Mélanger à cette solution de pentasulfure ainsi obtenue la solution de zincate de soude obtenue en délayant l'oxyde de zinc dans la soude dissoute à froid dans 63 grammes d'eau. Puis incorporer au mélange de ces 2 solutions la lanoline et la vaseline préalablement fondues ensemble.

4^e temps. — On essuie et on enduit en *frottant* pendant vingt minutes tout le corps avec la pommade d'Helmerich-Hardy :

Soufre sublimé	2 parties.
Carbonate de potasse.	1 partie.
Axonge	12 parties.

Cette pommade est irritante. Aussi a-t-on proposé des formules plus douces¹ :

Glycérine.	200 gr.
Gomme adragante (pour émulsionner).	1 gr.
Fleur de soufre.	50 à 100 gr.
Carbonate de soude.	50 gr.
Parfum.	Q. s.
	[FOURNIER].

Ou :

Essence de lavande	} à 2 gr.
Essence de cannelle.	
Essence de menthe	
Essence de girofle.	
Gomme adragante.	4 gr.
Carbonate de potasse	30 gr.
Fleur de soufre	90 gr.
Glycérine	180 gr.
	[BOURIGNON].

La quantité de fleur de soufre varie suivant la résistance de la peau des malades. En principe, la dose de 50 grammes convient chez une femme, dont la peau est fine ; celle de 100 grammes chez un adulte normal.

5^e temps. — Le malade, enduit de pommade soufrée est talqué ; il garde la pommade, s'il la supporte, pendant vingt-quatre heures, et il en remet le soir dans les régions les plus atteintes : entre les doigts, etc.

6^e temps. — Le lendemain matin, ou plus tôt en cas d'irritation il prendra un bain : soit un bain sulfureux, s'il peut le supporter ; soit un bain d'amidon, si l'irritation de la peau est trop vive. Au sortir de ce bain, on appliquera une pommade calmante : pâte de zinc, cold-cream, glycérolé et poudre d'amidon. Il sera bon d'ajouter à ces pom-

mades à 1 à 2 p. 100 de camphre, afin de les rendre anti-prurigineuses (v. p. 309).

Les jours suivants, le malade prendra des bains d'amidon, tous les deux jours, et fera des onctions de pâte à l'oxyde de zinc naphtolée à 1 à 2 p. 100.

Lorsque la frotte est bien faite, une seule séance suffit pour obtenir la guérison définitive.

Pendant que le malade subit la frotte, ses vêtements sont désinfectés.

4° Le galeux est un nourrisson, ou un jeune enfant, ou une adulte à la peau très irritable. On usera de traitements très doux.

Lotionner matin et soir avec : eau chaude 1 000, polysulfure de potassium liquide 1 cm³. Puis appliquer :

Oxyde de zinc	} aa 20 gr.
Talc.	
Huile d'amande douce.	30 gr.
Soufre précipité lavé	3 à 6 gr.
Sulfate de cuivre	0,50 à 1 gr.
Facultativement baume du Pérou	3 à 6 gr.

Ou :

Naphtol β.	1 à 3 gr.
Alcool	Q. s.
Axonge ou vaseline	100 gr.

Ou :

Huile de camomille camphrée.	60 gr.
Styrax liquide fraîchement préparé	10 à 20 gr.
Facultativement baume du Pérou	3 à 8 gr.

Répéter ce traitement plusieurs jours jusqu'à guérison complète en l'interrompant si les téguments s'irritent.

Désinfecter le linge et la literie dès le premier jour et une seconde fois un peu avant la fin du traitement.

DÉSINFECTION. — Le traitement doit être complété par

la désinfection de *tous* les habits, gants, etc., et par le lessivage du linge; l'étuve à vapeur risque d'abîmer les vêtements et détériore les cuirs, on préférera donc le formolage: le malade fera des fumigations de formol dans la pièce la plus petite de l'appartement, bien calfeutrée en collant des bandes de papier sur les interstices des portes, fenêtres et cheminées; les vêtements seront étalés sur des cordes tendues et exposées aux vapeurs antiseptiques pendant douze heures au moins; on pourra mettre aussi dans cette pièce à désinfection les matelas, car il est possible qu'ils contiennent des acares. Ce formolage pourra être fait dans une armoire ou dans une malle: les vapeurs de formol sont fournies par du formol liquide versé dans des assiettes, ou par de la poudre de trioxyméthylène; les vêtements sont étalés dans des cagerons de malle ou sur des cordes dans l'armoire; on les y laisse toutes les nuits ou mieux deux à quatre jours pleins.

SURVEILLANCE DE LA CONVALESCENCE : Le plus souvent, après le traitement actif, les lésions disparaissent; toutefois, avant d'assurer la guérison et de délivrer un certificat, il sera prudent d'attendre un mois.

Parfois il subsiste des lésions associées; d'autres fois la frotte a provoqué de l'eczématisation; on traite ces complications par les pâtes calmantes, etc.

Mais souvent le malade, presque toujours un nerveux suggestionnable, continue à se gratter. Une question très importante se pose alors: le prurit est-il dû à une récurrence de gale qui doit être traitée activement? Est-il dû à un prurigo non galeux qui serait aggravé par le traitement de la gale et qui réclame le traitement doux des prurits? L'erreur de diagnostic est dangereuse: si on frotte un

prurit non galeux, on l'exaspère; si on ne frotte pas une gale qui se cache derrière un prurit soi-disant nerveux, l'affection s'éternise. Comment donc faire la distinction ? Dans la gale, le prurit, après avoir présenté une rémission nette, ne recommence que lentement, quinze à vingt jours après la frotte, il augmente progressivement; bientôt réapparaissent des lésions caractéristiques : vésicules perlées, sillons. Dans le prurit post-galeux et non galeux, la rémission persiste incomplète, sans diminuer, ni augmenter, à moins de poussée; il n'y a pas la reprise progressive de la récédive de la gale, on ne voit pas de sillons. Souvent le diagnostic restant douteux, on se gardera d'appliquer une médication irritante, on emploiera, en les surveillant, les traitements des prurits, puis les traitements doux de la gale : baume du Pérou, etc.

Si la récédive de gale est certaine, il faut recommencer immédiatement le traitement et chercher la cause de cette récédive afin d'y remédier : traitement insuffisant, par exemple non ouverture des sillons dans la frotte, non désinfection d'un pardessus, etc., cohabitation avec une personne contagionnée et non traitée, etc.

*
* *

PÉDICULOSE DU CORPS¹

Cette pédiculose demande à être recherchée dans tous les cas de prurit; elle est plus commune qu'on ne le croit en clientèle, je l'ai diagnostiquée chez des malades que des dermatologistes croyaient atteints de prurit auto-

1. On sait le rôle des poux dans la transmission des typhus et par conséquent l'importance de l'épouillage dans la prophylaxie des typhus.

toxique, de prurit sénile, essentiel (!); car en raison⁷ de la situation sociale des malades, ils n'avaient pas osé penser à ce parasitisme.

Le plus souvent le diagnostic en est facile au premier coup d'œil.

— Dans la forme « aiguë » (c'est-à-dire lorsque l'envahissement parasitaire est très abondant et brusque), la presque totalité du corps est souvent recouverte de petites papules œdémateuses urticariennes de la grosseur d'une tête d'épingle avec prédominance sur le bord postérieur de l'aisselle là où la manche appuie, alors que la gale envahit le bord antérieur de l'aisselle. L'ecthyma inoculé par grattage est fréquent (Milian).

— Dans les formes chroniques, on note un mélange d'urticaire, de grandes papules de prurigo excoriées croûteuses et surtout des stries de grattage à la partie supérieure du dos (fig. 54), à la ceinture, etc., dans tous les points où les vêtements appuyent sur le tégument. Parfois des complications se surajoutent : pustulettes ou larges placards d'ecthyma, épaissement de la peau et pigmentation plus ou moins diffuse (fig. 54) pouvant même s'accompagner de taches brunâtres de la muqueuse buccale et simuler la maladie d'Addison (maladie des vagabonds), etc. Devant toutes ces lésions on doit rechercher le parasite.

Le parasite, blanc-sale, de 2 à 3 millimètres, ne reste guère sur la peau; ce sont les vêtements, chemise, flanelle, maillot et le pubis¹ qu'il faut examiner pour découvrir des parasites ou des lentes. Il faut se méfier

1. Classiquement le pou de corps n'habiterait que dans les vêtements : Darier, Delta, Legroux, Charlet, Bulliard ont montré le contraire.

qu'avant de consulter, le malade a souvent changé de linge, il n'est donc pas étonnant de ne pas trouver facilement le parasite.

Le **traitement** est des plus simples : désinfection des *vêtements*¹, nettoyage du malade surtout des régions velues.

1. La guerre de tranchées a fait naître des méthodes de fortune importantes à connaître, car elles sont très pratiques, en supprimant les désinfections par l'étuve. — On a surtout employé l'anisol et l'essence Lemon-Grass.

L'anisol (phénol méthylé $C^6H^5OCH^3$) non inflammable, non irritant et peu coûteux, s'emploie pur ou plutôt dilué : *anisol* 40, *alcool* à 90° (ou *dénaturé*), 460, *eau* 500 (H. Labbé et M. Wahl). Cette solution vigoureusement agitée est *abondamment* pulvérisée sur tout le corps et sur les vêtements, en particulier sur les coutures, plis, doublures, poches, etc., afin de n'épargner aucun point des vêtements suspects. Ces vêtements sont *aussitôt* et au fur et à mesure de l'aspersion, empilés dans une caisse fermant bien, que l'on ferme entre chaque introduction de vêtement afin d'éviter l'évaporation; on fait une dernière et très copieuse pulvérisation; on ferme et on laisse deux à trois heures. Les vêtements peuvent être réendossés immédiatement.

Le Lemon-Grass (essence retirée de l'*Andropogon citratus*) doué d'une odeur agréable, non irritant, non inflammable, peu coûteux, s'emploie pur ou mélangé à d'autres corps, par exemple suivant la formule de Legroux : *Lemon-Grass*, *Essence de menthe Pouliot*, *Essence d'Eucalyptus*, *ad* 300 cm³, *naphthaline* 100 gr. (Ce mélange peut être utilisé liquide ou « solidifié » par absorption par de la terre d'infusoires ou de sciure de bois.) Ou : Camphre 5, *Essence d'Eucalyptus* 5, *Benzine* 5, *Sciure de bois* 10.

Lorsque le sujet ne peut quitter ses vêtements, il épingle sur sa chemise et sur les doublures des petits carrés de feutre ou de drap épais imbibés de dix gouttes de ce mélange (ou il porte des petits sachets de terre d'infusoires).

Lorsque le sujet peut quitter ses vêtements, on les imbibe, segment par segment, avec une brosse plongée dans : mélange ci-dessus 5, *alcool dénaturé* (ou *alcool* à 50°) 100 et immédiatement on repasse avec un fer très chaud le segment imbibé. — Ou bien on empile les vêtements, fourrures, cuir, dans une caisse fermant bien, et à fond métallique, on y introduit 5 cm³ du mélange parasiticide par mètre cube, on ferme et on chauffe à 45° pendant 20 minutes.

Pendant que les vêtements sont *passés à l'étuve* ou changés, le malade, sauf contre-indication fournie par un tégument eczémateux ou intolérable, prend un bain savonneux ou sulfureux; s'il y a infection des poils, on traite les régions velues comme ci-dessous (v. p. 446) par le xylol. On panse les lésions de grattage avec une poudre ou une pommade à l'oxyde de zinc contenant des antiprurigineux (v. p. 309).

On traitera, suivant la coutume, les lésions associées d'eczéma, d'ecthyma (v. p. 393), etc.

Le port de sachets « scapulaires » imbibés de mixture parasiticide est le meilleur procédé prophylactique (voir note 1, p. 444).

*
* *

PÉDICULOSE DU CUIR CHEVELU

La pédiculose du cuir chevelu, due au *Pediculus capitis*, est facile à reconnaître : il suffit d'y penser et de regarder les cheveux ; on trouvera, sinon les parasites blanc-cendré de 1 à 2 millimètres qui souvent ont déjà été tués par un lavage, au moins les œufs ou *lentes* ovoïdes, blanches, attachées au cheveu par un anneau chitineux ; la forme et l'adhérence aux cheveux de ces lentes les distingueront facilement des pellicules. Ces lentes sont beaucoup plus difficiles à détruire que les poux vivants, et la guérison n'est assurée que lorsqu'elles ont été toutes enlevées.

Souvent la pédiculose s'accompagne de complications qui peuvent égarer le diagnostic. On croit à un simple prurit de la tête avec pellicules, à un impétigo du cuir

chevelu ou de la face, à un eczéma du cuir chevelu¹, de la nuque ou des oreilles, à des adénites rétro-auriculaires, sous-occipitales ou cervicales, etc., il s'agit en réalité de pédiculose compliquée, et la lésion ne guérira que lorsqu'on aura détruit les parasites. Devant toutes ces lésions, et en général devant toute affection du cuir chevelu, de la tête et du cou, il faut donc penser à la pédiculose, même en clientèle.

Traitement. — Jamais il ne faut, chez une fille, couper les cheveux, car ce sacrifice est inutile.

Deux cas sont à envisager :

— 1° *Pédiculose simple sans infection* : On ne trouve que des parasites vivants et des lentes, il n'y a ni impétigo, ni eczéma.

Appliquer avec un large tampon d'ouate sur tout le cuir chevelu et sur les cheveux le mélange de Sabouraud :

Xylol.	50 gr.
Alcool absolu. . .	25 gr.
Éther	25 gr.
(Inflammable et protéger les yeux.)	

La mort des parasites vivants est instantanée, on peigne au peigne fin afin de faire glisser les lentes le long des cheveux et les enlever. Si quelques lentes résistent, on les imbibe à nouveau avec la mixture. C'est un travail de patience, et si la malade est soigneuse, elle peut être guérie en une séance.

— 2° *Pédiculose compliquée d'infection : impétigo ou d'eczématisation.* Appliquer sur toute la tête une couche épaisse

1. Ce qu'on appelle la « Plicque polonaise » ne répond pas à une entité morbide, il s'agit le plus souvent d'intrication des cheveux avec pédiculose, infection, eczématisation due au port continu d'un bonnet et à la malpropreté (Gaucher).

afin d'agglomérer tous les cheveux de Sabouraud de vaseline xylolée :

Xylol CL gouttes
Vaseline. 150 gr.

Recouvrir de compresses, faire une sorte de marmotte et laisser toute la nuit.

Au matin, enlever le plus gros de la vaseline avec des tampons d'ouate, puis savonner à l'eau tiède. Peigner au peigne fin patiemment pour enlever toutes les lentes. Si quelques-unes résistent, les imbiber du mélange xylol-alcool-éther, et repeigner.

Recommencer, si les croûtes persistent, l'application de vaseline xylolée deux à trois nuits de suite.

Traiter parallèlement l'impétigo et l'eczéma. Donc après le savonnage à l'eau tiède qui enlève la vaseline, toucher les érosions impétigineuses avec de l'eau d'Alibour, puis oindre avec une pommade cadique à l'oxyde jaune (v. p. 238)

Au bout de quelques jours on a guéri ou très atténué les complications. Si des lentes restent accrochées aux cheveux, on les enlèvera soit par le traitement n° 2, s'il persiste encore de l'irritation cutanée, soit par le traitement n° 4, si le cuir chevelu est redevenu normal.

Les lésions persistantes d'impétigo, d'eczéma, etc., seront traitées par les médications appropriées (v. p. 389 et p. 497).

Les coiffures seront désinfectées à l'étuve ou par l'anisol (v. p. 444).

*
* *

PHTIRIASSE DU PUBIS

Cette affection, due au *Phtirius inguinalis*, se traduit par des démangeaisons, par des papules et de l'urticaire de la région atteinte : pubis, plus rarement aisselles et

région sternale, exceptionnellement sourcils et même cils (où ils donnent des blépharites rebelles), moustache. On doit systématiquement rechercher cette phtiriasc dans tous les eczémas et prurits pubiens et inguino-cruraux.

Le diagnostic est facile par la recherche du parasite, blanc gris ou brunâtre, de 0,2 à 1 mm 5, qui est fortement accroché à la peau ou, à défaut, par la découverte des lentes. La constatation de *taches bleues* sur l'abdomen, sur les flancs, peut attirer l'attention vers ce diagnostic et suffit à l'imposer dans un cas douteux.

L'ancien traitement par l'onguent gris est à abandonner, il agissait lentement, permettait les récidives en ne tuant pas les lentes, il était sale et affichant, il était souvent dangereux, déterminant de l'intoxication mercurielle et de l'érythème inguino-crural. On a grand avantage à substituer le xylol au mercure (Sabouraud).

Deux cas de pratique sont à envisager :

— 1^o *Malade non peureux, phtiriasc sans lésions cutanées* : Faire frotter les régions velues atteintes (pubis, aisselles, sourcils, etc.), avec un tampon d'ouate hydrophile largement imbibé de xylol pur ou mieux du mélange xylol-alcool-éther (v. p. 446), en mouillant bien la région pendant trois minutes.

Le malade sera prévenu que cette friction est très cuisante, mais qu'il n'y a pas lieu de s'en inquiéter : il ne risque qu'un peu de rougeur et de desquamation.

Les parasites sont tués immédiatement, les lentes commencent à être dissoutes, on les enlève aussitôt par peignage avec un peigne fin.

Une seule application xylolée suffit donc habituellement, mais il est bon de refaire un peignage les jours suivants. Si des parasites survivaient, on recommencerait le lende-

main la friction xylolée, puis le peignage, jusqu'à disparition complète des lentes.

— 2° *Malade pusillanime ou atteint de lésion cutanée, d'eczéma, d'infection secondaire.* Appliquer pendant la nuit (pendant six à huit heures au moins) une épaisse couche de vaseline xylolée (v. p. 447), ou créoline 10, vaseline 90 (Montgomery) afin de recouvrir toute la région parasitée et d'agglomérer tous les poils ;

Recouvrir d'une compresse enduite de la même mixture. Au matin savonner avec de l'eau tiède, peigner pour enlever les lentes, imbiber celles qui résistent au peignage avec le mélange xylol, éther, alcool (v. p. 446) ou avec du vinaigre ; repeigner. On vérifiera les jours suivants qu'il ne persiste plus de lentes. Les lentes des sourcils seront enlevées à la pince. Si la peau est irritée, on appliquera une pommade au calomel à 2 p. 100, ou au goudron à 10 p. 100, ou au baume du Pérou 2 à 5 p. 100.

Il est préférable de désinfecter les vêtements soit à l'étuve soit par pulvérisation anisolées (v. p. 444).

Les lésions associées : pyodermites, eczéma, prurit, seraient traitées suivant les moyens habituels (v. p. 405, p. 485, p. 306).

CHAPITRE X

INFECTIONS CUTANÉES GÉNÉRALES

FIÈVRES ÉRUPTIVES

ÉRYTHÈMES POLYMORPHES. PURPURAS

La notion d'infection généralisée et de contagiosité domine le problème thérapeutique. Marche du diagnostic, p. 450. On envisagera successivement les diagnostics suivants :

1° Diagnostic du type éruptif, p. 450.

2° Diagnostic étiologique des fièvres éruptives contagieuses : scarlatine, p. 454; rougeole, p. 456; rubéole, p. 457; *variole et rash varioliques*, p. 458; vaccine, p. 460; varicelle, p. 461; érysipèle, p. 462; suette miliaire, p. 464; typhus exanthématique, p. 464.

3° Diagnostic des grandes infections qui sont masquées par une éruption : septicémies, fièvre typhoïde, granulie, méningites, diphtérie, p. 465.

4° On en arrive enfin aux infections d'origine inconnue ou discutée, p. 468.

— Infections graves : érythèmes et purpuras mortels, p. 468.

— Infections bénignes, p. 469 : érythèmes polymorphes, herpès iris ou hydroa, érythème noueux, purpuras. Leur diagnostic étiologique : fréquence de la tuberculose, p. 471; importance de cette notion pour le pronostic lointain, p. 471.

TRAITEMENT, p. 472. — I. Infections bénignes, p. 474. — II. Infections graves, p. 475. — III. Infections hémorragiques, p. 476. — IV. Traitements locaux, p. 478.

Traitements spéciaux : variole, p. 479; varicelle, p. 480.

Le problème clinique est en pratique dominé par la double notion d'infection générale et d'infection conta-

gieuse : 1° l'éruption cutanéomuqueuse n'est qu'une des manifestations de la toxi-infection qui imprègne tout l'organisme. Ce qu'il faut combattre avant tout, c'est cette toxi-infection générale et, d'ordinaire, sauf pour la variole et la varicelle, sauf pour les éruptions pustuleuses des septicémies, le traitement local est négligeable et palliatif. 2° Beaucoup de ces infections sont contagieuses, épidémiques, réclamant des mesures d'isolement, de prophylaxie, et les éruptions, qui ne sont pas contagieuses, simulent si souvent les fièvres éruptives contagieuses qu'il faut discuter à leur propos des problèmes de prophylaxie, presque toujours délicats à résoudre.

Afin de prendre les mesures prophylactiques nécessaires et guider la thérapeutique, il faut donc, avant d'instituer le traitement utile : 1° préciser le diagnostic du type éruptif ; 2° envisager le diagnostic étiologique : diagnostic des fièvres éruptives, surtout celui de la variole qui peut les simuler toutes ; 3° discuter le diagnostic des grandes infections masquées par des éruptions diverses ; 4° arriver enfin au diagnostic d'érythèmes ou purpuras d'origine inconnue ou discutée, en déterminer le type clinique et pronostique, rechercher l'étiologie en se rappelant la fréquence de la tuberculose et en se souvenant de l'importance de cette notion pour l'avenir du malade.

*
* * *

1° DIAGNOSTIC DU TYPE ÉRUPTIF

Il faut tout d'abord chercher à préciser quel est le type éruptif. Souvent ce diagnostic symptomatique ne renseigne pas sur la nature de la maladie, car une même éruption peut être provoquée par des microbes différents,

et une même infection peut déterminer des éruptions différentes ; mais souvent il suffit de préciser le type éruptif pour faire avec une certitude presque complète le diagnostic de la maladie : scarlatine, variole, etc.

Ce diagnostic symptomatique est facile par l'analyse des lésions :

La plupart des microbes, microbes vivants et morts, représentent de véritables gouttes de toxine insolubles et de toxines solubles ; arrivant à la peau par la circulation générale, ils peuvent déterminer des lésions cutanées très diverses. Ces différences sont dues le plus souvent au mode d'action du germe infectieux, mais souvent elles semblent obéir à des causes inconnues : tempérament de l'individu, etc.

1° Les lésions peuvent se borner à la dilatation des capillaires : ce sont les « érythèmes », taches non saillantes, roses (roséole) ou rouges ou violacées livides (*E. livide*), s'effaçant par vitro-pression. Tantôt l'érythème est diffus, scarlatiniforme, il n'a pas de desquamation marquée ou, au contraire, desquame en larges squames, comme dans la scarlatine. Tantôt il forme de petites taches simulant plus ou moins la rougeole : *E. rubéoliformes* et roséoles. Tantôt l'érythème forme des taches arrondies de dimensions variables, mais plus grandes que celles de la rougeole : *E. en plaques*. Ces taches peuvent devenir annulaires, le centre guérissant : *E. annulaire* (fig. 63). Ces anneaux en se réunissant peuvent figurer des dessins à bords polycycliques : *E. circiné, figuré, marginé, gyaté*, etc.

2° A l'érythème s'ajoute parfois de l'œdème : *E. ortié* ressemblant à l'urticaire et pouvant en présenter toutes les modalités : petites taches arrondies de 5 à 10 millimètres, larges plaques de plusieurs centimètres, circinations, etc.

3° A l'érythème peut s'associer un mélange d'infiltration

cellulaire et d'œdème allant parfois jusqu'à simuler un phlegmon¹.

4° A l'érythème s'ajoute souvent une infiltration cellulaire dermique plus ou moins dense, formant des papules fermes et plates : *E. papuleux*. Parfois l'infiltrat plus épais dessine une saillie hémisphérique : *E. papulo-tuberculeux*. Enfin, au maximum, l'infiltrat hypodermique et dermique forme des nodosités saillantes de la grosseur d'une noisette à un petit œuf, d'un rouge violacé ou bleuâtre au centre, rosé à la périphérie : *E. noueux* (fig. 64).

5° Sur n'importe lequel de ces éléments, l'épiderme peut se cliver, former une vésicule : *E. vésiculo-bulleux*. Tantôt les vésicules sont *petites* (fig. 63), arrondies ou polygonales, isolées ou confluentes, groupées sans ordre (*E. herpétiforme*) ou figurées, circinées. Tantôt les vésico-bulles sont larges (*Hydroa* ou *Herpès iris*, fig. 60 et 62). Ces bulles sont presque toujours flasques; souvent le centre s'incruste ou s'affaisse, devient rouge-violacé et la bordure seule reste vésiculeuse; cet ourlet étant auréolé d'un halo érythémateux, il y a souvent une succession de cercles de différentes teintes, d'où le nom d'*E. en cocarde* (fig. 60). Ces bulles, contiennent d'abord un liquide clair, mais elles peuvent devenir *hémorragiques* ou *purulentes*, presque toujours par infection secondaire due à un microbe pyogène.

6° Dans n'importe lequel des éléments précédents, les capillaires peuvent se rompre, donnant des taches purpuriques.

7° Enfin ces divers éléments peuvent s'associer ou tout au moins les divers degrés d'une même série peuvent coexister: macules érythémateuses, papules noueuses, etc.; ou papules, vésico-bulles, etc.; macules, purpura, etc. Ce mélange donne à l'éruption un aspect polymorphe, d'où le

1. Gougerot et Meaux Saint-Marc : Septicémies (streptococcique, entérococcique...) à localisations articulaires, cutanées (purpura), sous-cutanées (grands œdèmes diffus pseudo-phlegmoneux). *Gaz. des Hôp.*, 24 mai 1913, n° 59, p. 958.

nom morphologique d' « Érythème polymorphe », que beaucoup ont transformé en une entité morbide, alors qu'il s'agit vraisemblablement d'un syndrome relevant de causes diverses.

*
* * *

2° DIAGNOSTIC ÉTIOLOGIQUE : DIAGNOSTIC DES « FIÈVRES
ÉRUPTIVES » CONTAGIEUSES : SCARLATINE, ROUGEOLE,
VARIOLE, ETC.

Ensuite, le clinicien doit tenter un diagnostic étiologique : songer aux fièvres éruptives contagieuses et en préciser le diagnostic en faisant la plus grande attention à la notion d'épidémicité et en pensant toujours à la variole, la plus grave et la plus polymorphe des fièvres éruptives.

1° La **scarlatine** est caractérisée par une courte incubation de 4 à 7 jours, variant de quelques heures à 20 jours et même 40 jours (?) comme chiffres extrêmes.

Le début est brusque : frisson, fièvre à 39, 40°, *tachycardie*, *vomissements*, et surtout *angine* rouge, carminée, diffuse; langue rouge à la pointe et sur les bords; souvent la face est congestionnée, mais rarement les yeux sont larmoyants comme dans la rougeole; la toux manque toujours, de même que le catarrhe laryngo-trachéal qui est constant dans la rougeole; il n'y a pas la rachialgie de la variole.

L'invasion est très courte : 18 à 24 heures, exceptionnellement 3, 5, 8 jours; les symptômes généraux sont intenses.

L'éruption débute en un point quelconque, elle est prurigineuse, d'abord mouchetée, rapidement diffuse sans intervalle de peau saine, allant du rose clair au rouge écarlate et même framboisé, rude et rêche au toucher alors que l'éruption de la rougeole est douce et veloutée. Elle

est formée de deux éléments ; 1^o une rougeur diffuse s'effaçant plus ou moins à la vitro-pression ; 2^o un pointillé plus sombre granité ; parfois il se surajoute des vésicules (scarlatine miliaire). Pendant que l'éruption cutanée se développe, la langue desquame, devient rouge, framboisée.

La desquamation se fait en larges squames abondantes et se prolonge de 8 à 20 jours.

Il faut distinguer la scarlatine de toutes les **éruptions scarlatiniformes** : — érythèmes sudoraux et même solaires ; — rash scarlatiformes des fièvres éruptives : de la variole (v. p. 458), de la varicelle (v. p. 462), de la vaccine (v. p. 461) ; — érythème diffus de toutes les infections : diphtérie (v. p. 467), blennorrhagie, rhumatisme articulaire aigu, etc., et surtout des septicémies streptococciques : « scarlatine » des femmes en couches, etc. ; mais dans cette scarlatine puerpérale, il n'y a ni angine, ni adénopathie. La syphilis elle-même peut donner un érythème desquamatif scarlatiniforme (v. *Traitement de la syphilis*, p. 462, note 1). Mais en pratique le diagnostic le plus important est avec les *érythèmes scarlatiniformes desquamatifs*, dits « essentiels », *infectieux* ou *toxiques* dus aux balsamiques, aux solanées, datura stramonium, au mercure surtout et aux toxiques alimentaires.

On reconnaîtra les érythèmes scarlatiniformes aux symptômes suivants :

— Début moins brusque, moins violent ; phénomènes généraux moins intenses ; pourtant la température peut monter à 38°, 39°, même dans les érythèmes mercuriels ; angine absente ou peu marquée ; parfois il existe de la conjonctivite.

— Éruption cutanée plus vive, plus généralisée, plus persistante, épargnant parfois la tête. Absence de la raie scarlatineuse (?). Période d'état ordinaire apyrétique.

— Rougeur persistant quand commence la desquamation

(au contraire de la scarlatine); desquamation plus précoce, plus abondante, plus lamelleuse, plus prolongée de la peau, parfois desquamation de la langue.

— Absence des complications graves de la scarlatine.

— Notion d'intoxication alimentaire ou médicamenteuse et signes associés d'intoxication; salivation mercurielle, etc.

— Pas ou très peu contagieux (?).

— Tendance à la récurrence alors que la scarlatine confère l'immunité.

2° La rougeole a une incubation de 8 à 10 jours.

L'invasion a une durée assez *longue*, 4 à 5 jours, parfois 6, 7, 8 jours, ce qui suffit à distinguer une variole d'une rougeole boutonneuse. Cette invasion est avant tout caractérisée par un *catarrhe oculo-naso-laryngo-trachéo-bronchique* intense : yeux rouges larmoyants, photophobie, coryza et tuméfaction de la lèvre supérieure, toux rauque, fièvre; les symptômes généraux sont plus ou moins marqués, mais rarement graves; il n'y a pas de rachialgie comme dans la variole.

L'éruption apparaît sur la face, au front, à la racine des cheveux, au pourtour des oreilles; elle s'étend de haut en bas envahissant tout le corps en 48 heures, s'accompagnant d'une recrudescence des symptômes généraux, fièvre, etc. (au contraire de la variole discrète); elle commence à pâlir sur la face, lorsque les membres sont envahis, elle est donc fugace, ne durant que 3 à 5 jours. Elle est formée de *petites* taches et papules *rosées, douces*, veloutées au toucher, qui souvent confluent en larges plaques, mais les bords en sont déchiquetés en archipels et il existe des *intervalles de peau saine*. Elle devient parfois « boutonneuse », c'est-à-dire vésiculo-bulleuse, d'autres fois miliaire, exceptionnellement ecchymotique.

La desquamation est fine, *furfuracée*, farineuse, peu abondante, de courte durée.

Le diagnostic est facile avec la scarlatine, la variole, la vaccine; la varicelle pourtant associée à la rougeole a pu simuler la variole; il suffira de rechercher les caractères propres à ces deux éruptions.

Le diagnostic peut être au contraire difficile avec les diverses roséoles :

— Roséoles de la *fièvre typhoïde*, qui coexistent avec les symptômes de la dothiéntérie sans catarrhe oculo-nasal.

— *Roséoles syphilitiques* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 254) qui ne s'accompagnent pas de troubles généraux ou tout au moins s'accompagnent de symptômes généraux différents.

— *Roséoles balsamiques* (copahu, térébenthine), chloralées, antipyrétiques, iodurées, quinquiques, etc. Ces roséoles n'ont pas de catarrhe, sont plus polymorphes, prédominent sur les membres, restent presque toujours apyrétiques.

— *Suette miliaire* à forme rubéolique : dans la suette les prodromes sont plus courts, le catarrhe est léger ou absent; l'éruption vésiculeuse est précoce, s'accompagnant de sueurs très abondantes, de troubles nerveux plus ou moins intenses, étouffements, troubles cardiaques, etc.

— *Roséole estivale*, qui ne présente pas de catarrhe : la fièvre est inconstante, passagère, l'éruption est fugace, durant à peine 36 à 48 heures.

3° La **rubéole** apparaît *brusquement* après des prodromes inconstants qui durent 24 à 48 heures; le catarrhe oculo-nasal analogue à celui de la rougeole, l'angine analogue à celle de la scarlatine, *suivent ou accompagnent l'éruption plus souvent qu'ils ne la précèdent*.

L'éruption commence à la face, envahit le corps en quelques heures; elle est plus *polymorphe* que dans la rougeole.

Les taches petites, rouges, légèrement papuleuses, tantôt restent bien limitées et sont morbilliformes, tantôt confluent, surtout aux membres, et deviennent scarlatini-

formes. Elles sont *plus colorées, plus durables* que dans la rougeole, et durent chacune 5 jours environ. Les conjonctives sont rosées et injectées, provoquant du larmolement.

L'état général est peu ou pas altéré, rarement la fièvre est vive, le pouls est à peine accéléré.

Il existe une *micropolyadénopathie* axillaire inguinale, cervicale, etc. On peut noter des *poussées successives*.

4° La **variole** est caractérisée par les symptômes suivants :

— L'incubation est de 10 à 12 jours, 14 jours au maximum, 5 jours au minimum.

— Le *début* est brusque, d'emblée grave.

— La période d'invasion dure de 2 à 4 jours, d'autant plus courte que la maladie est plus grave. Cette période est riche en symptômes : malaise intense, fièvre, frisson, *rachialgie*, allant parfois jusqu'à la paraplégie; dyspnée souvent angoissante, céphalée, épigastralgie, vomissements; souvent délire, convulsions, voire coma; éruption érythémateuse buccale diffuse rouge; face congestionnée; conjonctives injectées, brillantes; carotides battantes; sueurs abondantes; souvent quelques hémorragies : épistaxis, métrorragies. Parfois des éruptions ou *rash* apparaissent du deuxième au quatrième jour de la maladie : *scarlatiniformes*, ou *morbilliformes*, ou *érysipéloïdes*, ou *urticariennes*, ou *hémorragiques* purpuriques, qui sont l'origine de fréquentes **erreurs de diagnostic** :

Mais la scarlatine a une invasion plus courte, l'angine est constante et intense, la rachialgie est exceptionnelle; l'éruption ne débute pas, comme le rash variolique, par les aines et les aisselles, elle envahit la face souvent respectée dans le rash variolique.

La rougeole a un début moins brusque, moins grave; le catarrhe des muqueuses oculaires, nasale, buccopharyngée, laryngée, trachéobronchique, est constant et intense. L'éruption est tardive, apparaissant à la face du quatrième au

cinquième jour, alors que le rash variolique est précoce, survenant du deuxième au troisième jour, débute par le thorax et l'abdomen et n'envahit qu'ensuite la face.

L'érysipèle a un bourrelet et des adénites qui manquent dans le rash variolique.

L'urticaire banale ne s'accompagne pas de phénomènes généraux aussi redoutables.

Le purpura n'étant qu'un syndrome, il faudra toujours, devant une toxi-infection grave purpurique, songer à la **variole hémorragique**.

— *L'éruption* de la variole se fait en une seule poussée, commence par la face, et progresse de haut en bas. Elle passe par les stades de macules (1^{er} jour), papules (2^e jour), analogues à celles de la rougeole boutonneuse, puis de vésicules claires (3^e jour), rapidement ombiliquées et se troublant, devenant pustuleuses (4^e et 5^e jours, comparez fig. 59). Les muqueuses ne sont pas épargnées, les vésicules y donnent bientôt des ulcérations très douloureuses, recouvertes de fausses membranes.

Dans la variole « discrète », c'est-à-dire à éléments non confluents, l'éruption coïncide avec une détente des phénomènes généraux et avec une chute de la température qui reprennent au moment de la suppuration, c'est-à-dire vers le 4^e ou 5^e jour de l'éruption. Cette rémission est d'autant moins marquée que la variole est plus grave. Les pustules se dessèchent vers le 9^e ou 10^e jour, puis s'incrustent; la chute des croûtes et la cicatrisation ne sont terminées que du 20^e au 30^e jour.

Dans les varioles cohérentes et confluentes cette rémission manque et la mort est fréquente.

L'éruption de la variole a pu être l'occasion des **erreurs de diagnostic** les plus graves ;

Les macules et papules du début peuvent simuler un *érysipèle*, mais l'érysipèle est limité par un bourrelet; sa surface n'est pas cloutée de papules, il s'accompagne de

tuméfaction ganglionnaire et ne se transforme pas en nappe vésiculo-pustuleuse, donnant « un masque de papier mouillé ».

La vésico-pustule variolique a pu être confondue avec la *rougeole boutonneuse*, au stade maculo-papuleux; avec les pustules de l'ecthyma et de l'impétigo (v. p. 387), des herpès et des zonas (v. p. 269); avec l'acné varioliforme (dermatose chronique récidivante, voir p. 354), les urticaires bulleuses (v. p. 285), les eczémas (v. p. 154), les érythèmes polymorphes dont les éléments sont plus grands (v. p. 469); et surtout avec les **syphilides varioliformes** (v. *Traitement de la syphilis*, p. 280) qui sont rarement fébriles, s'accompagnent exceptionnellement de symptômes généraux graves, et procèdent par poussées successives; avec les **toxicodermies**¹ (v. p. 688), qui n'ont pas l'allure cyclique et la gravité de la variole; enfin avec la *vaccine généralisée* et la *varicelle*.

5° La **vaccine** (fig. 59) est trop connue pour que j'y insiste : apparition de macule vers le 3^e ou 4^e jour, papulation le 4^e jour, vésiculation le 5^e ou 6^e jour, devenant rapidement ombiliquée, suppuration le 7^e ou 8^e jour, incrustation ombiliquée vers le 10^e jour (fig. 59), dessiccation vers le 11^e ou 12^e jour, chute de la croûte vers le 25^e jour; réaction ganglionnaire locale fréquente; peu ou pas de symptômes généraux, rarement il existe de la fièvre élevée, un malaise général; les symptômes anormaux ne durent que 2 à 4 jours et coïncident avec la suppuration, ils ne précèdent pas l'éruption.

Des difficultés diagnostiques ne se présentent qu'à propos d'inoculations accidentelles ou de vaccines généralisées.

La *vaccine généralisée secondaire*, c'est-à-dire auto-inoculée

1. Plusieurs fois traitant la rachialgie variolique de la période d'invasion par l'antipyrine, le bromure, etc., des médecins ont, dit-on, pris une éruption variolique bénigne pour une toxicodermie!

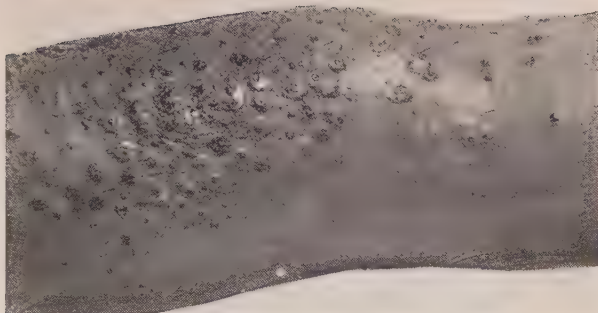


FIG. 59. — Pustules vaccinales généralisées, ombiliquées et croûteuses. (*Voir page 460* .

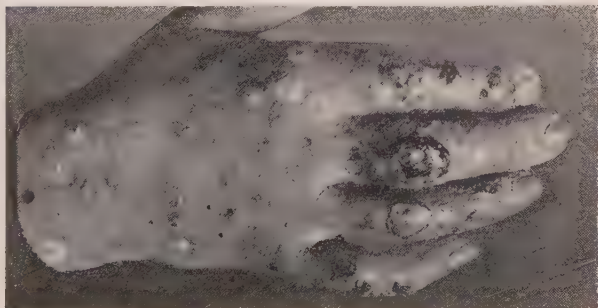


FIG. 60. — Erythème polymorphe vésiculo-bulleux : hydroa. (*Voir page 469*).

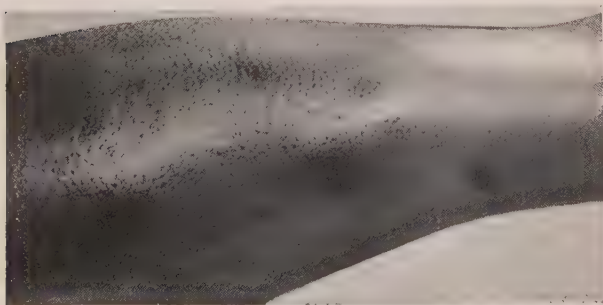


FIG. 61. — Erythème noueux de la jambe. *Voir page 469*).

par grattage aux dépens des boutons vaccinaux, présente des éléments d'âge différent et à tous les stades d'évolution. L'éruption s'éteint vers le 10^e ou 14^e jour, car l'immunité s'établit.

La *vaccine généralisée spontanée*, c'est-à-dire généralisée par voie sanguine, apparaît vers le 7^e ou 8^e jour, sans grands symptômes généraux, alors que la variole inoculée ne se montre que vers le 9^e ou 10^e jour, parfois plus tard et détermine des symptômes sérieux d'invasion (v. p. 458). Il n'y a pas d'angine.

Les *vaccines inoculées accidentellement*, à la face, aux lèvres, à la langue, sur le bord palpébral, à la conjonctive, dans les régions génitales, à l'anus, ont été l'occasion d'erreurs de diagnostic les plus extraordinaires. Quand on laisse échapper la notion étiologique d'une auto-inoculation sur le même sujet, ou la contamination par une vaccine de l'entourage, on a pu croire à de l'ecthyma ou de l'impétigo (v. p. 392), au charbon (v. p. 483) et surtout à la *syphilis* et au *chancre mou*. Mais le bouton vaccinal est inflammatoire, rouge, empâté, chaud, douloureux, il évolue stade par stade, l'adénite qu'il provoque est douloureuse, il est auto-inoculable jusqu'au 10^e jour et inoculable au lapin ou à la génisse.

Il faut en outre se souvenir que la vaccine peut se compliquer de diverses éruptions : morbilliformes, scarlatini-formes, purpuriques, polymorphes, miliaire et que la vaccine ulcéreuse syphiloïde peut être de diagnostic difficile avec la syphilis vaccinale (voir *Traitement de la syphilis*, p. 544).

6° La **varicelle** a une longue incubation de 12 à 19 jours, 14 jours en moyenne.

La période d'invasion est bénigne ou même passe inaperçue; elle est très courte, ne durant pas plus de quarante-huit heures.

L'éruption débute par des bulles sur le tronc ou sur n'importe quelle autre région, alors que la variole, débutant par la face, progresse de haut en bas. Elle procède par *poussées successives*, presque apyrétiques, de 12 à 40 bulles cristallines, qui se répètent jusqu'au 8^e ou 10^e jour, évoluent très rapidement et se dessèchent dès le 3^e jour. Par conséquent, dans une même région on voit des éléments d'âges différents. La stomatite et l'angine n'existent qu'à la période d'éruption. Au contraire dans la variole, les éléments sont plus nombreux, surviennent en une seule poussée et par conséquent sont du même âge dans une même région. La fièvre de suppuration fait défaut dans la varicelle ou reste légère (fièvre retardée).

Il faut se souvenir que la période d'invasion ou d'éruption peut se compliquer d'éruptions ou « rash » scarlatiniforme ou morbilliforme.

La varicelle est à distinguer de l'urticaire bulleuse, des pemphigus, des impétigos et ecthymas, des prurigos et surtout des *syphilides* vésiculo-bulleuses et pustulo-croûteuses (v. *Traitement de la syphilis*, p. 280). Dans un cas douteux, on se souviendra que la varicelle, de même que la variole, possède une formule sanguine spéciale : mononucléose avec réaction myéloïde.

La varicelle peut se compliquer d'infection purulente, qui peut tuer par septicémie, ou d'infection gangreneuse (varicelle gangreneuse).

7° **L'érysipèle** est caractérisé par un début brusque fébrile, par une adénopathie prémonitoire fréquente, souvent par l'inflammation antérieure des fosses nasales ou du buccopharynx (érysipèle interne), enfin et surtout par l'aspect si spécial de la plaque érysipélateuse *infiltrée*, unique, s'étendant excentriquement, limitée par un *bourrelet*, envahissant le plus souvent le pavillon de l'oreille, etc.¹.

1. Après avoir essayé tous les traitements locaux de l'érysipèle, Favre et Mathieu concluent que le meilleur est le panse-

On distinguera l'érysipèle des *dermites artificielles* provoquées par l'acide phénique, l'eau sédative, la teinture d'arnica, le sublimé, etc. Ces dermites sont plus diffuses, elles ne sont pas limitées par un bourrelet, la peau reste souple ou bien est œdémateuse; les ganglions et symptômes généraux font défaut; le thapsia et l'huile de croton déterminent des pustules, etc. Mais il faut se méfier qu'un érysipèle commençant, traité par ces applications irritantes, peut être masqué par la dermite artificielle. Inversement, une fluxion dentaire, une inflammation quelconque traitée par des application d'eau sédative, etc., qui ont provoqué une dermite, peuvent simuler un érysipèle, car l'inflammation provoque de l'adénite, des symptômes généraux et de la fièvre, qui font croire à l'érysipèle.

On distinguera l'érysipèle de toutes les *inflammations*: lymphangites, furoncle, anthrax, fluxion dentaire, oreillons, dacryocystite, zona, herpès, surtout si l'érysipèle est bulleux. On discutera avec soin le diagnostic de *charbon* et de l'œdème malin qui réclament un traitement spécifique (v. p. 483).

On ne le confondra pas avec l'*urticaire* et l'*urticaire aiguë, géante* de Quincke (v. p. 286, 305) et surtout avec l'*eczéma aigu*, l'*eczéma rubrum* (v. p. 460).

On éliminera différentes causes d'erreurs, rares, mais très importantes au point de vue pronostique et thérapeu-

ment humide à l'alcool à 60° : on taille « dans une large compresse de gaze, un masque ménageant l'ouverture des yeux, des narines et de la cavité buccale. Ce masque est trempé dans de l'alcool à 60° et 65°. Il est renforcé par des compresses appliquées sur toute la surface de la plaque et sur les régions voisines. En ces points, le pansement plus épais est largement imbibé. Le masque est recouvert d'un imperméable. La gaze est imbibée toutes les quatre heures, au moyen d'un flacon à pissette sans qu'il soit nécessaire de défaire le pansement. » Après suppression des pansements alcooliques, on mettra une pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 p. 100. Morestin, Basset et Léchelle recommandent le badigeon biquotidien de teinture d'iode pure ou diluée au tiers.

tique : *coup de soleil* qui envahit d'un coup toute la surface insolée; *radiodermite aiguë*; *engelures* et *lupus pernio* (v. p. 551), qui sont des affections chroniques; *lupus érythémateux* aigu et *lupus vulgaire* en *poussée aiguë* (v. p. 504, 545); *rash* érysipéloïde de la *variole* et *papules confluentes* d'une variole grave (v. p. 459); *morve* aiguë et subaiguë qui souvent est érysipéloïde, mais bientôt apparaissent les ulcérations de la morve (v. p. 488 et fig. 65); *actinomycoïse* (v. p. 608); érysipéloïde de Rosenbach, qui est une mycoïse chronique due à une *Nocardia* (v. p. 607, note 1).

8° La **suette miliaire** est polymorphe, rouge ou blanche, ou phlycténoïde, ou rubéolique, ou scarlatiniforme, ou purpurique.

La variété *rubéolique* a des prodromes plus courts que la rougeole, une éruption précoce, rapidement vésiculeuse, accompagnée de sueurs abondantes, de phénomènes nerveux : sensations d'étouffements, constriction, troubles cardiaques, palpitations violentes, barre épigastrique. La terminaison est parfois foudroyante.

La variété *scarlatiniforme* se distinguera de la scarlatine par des symptômes de même ordre.

9° Le **typhus exanthématique** est caractérisé par une incubation très courte, les prodromes vagues ne durent que 24 à 48 heures. Le début est ordinairement brusque : frissonnements, fièvre, tachycardie, etc., symptômes généraux intenses, *catarrhe oculo-nasal*, céphalée.

L'éruption apparaît précocement du 4^e au 5^e jour, parfois le 7^e jour : les taches sont roses, puis *rouges* papuleuses, elles apparaissent d'abord sur l'abdomen, puis se généralisent en 48 heures et *persistent* longtemps jusqu'au 10^e et 14^e jour. Le délire apparaît, puis l'état typhoïde; l'odeur spéciale, dite de souris, semble tenir à la malpropreté des malades.

L'amélioration survient plus ou moins *brusquement* vers le 14^e jour.

40° Enfin il faut distinguer de ces fièvres éruptives : les *sudamina* et *miliaires*, ou éruptions dites sudorales, bien qu'elles ne soient pas toujours en relation avec des transpirations abondantes. Elles surviennent brusquement.

Tantôt la peau reste blanche, mais elle est couverte d'innombrables vésicules de la grosseur d'une tête d'épingle, transparentes, contenant une gouttelette de liquide clair (*sudamina*). Parfois les vésicules sont plus grosses (*miliaire cristalline*). Rarement elles confluent pour donner des bulles. Ces lésions, d'origine sudorale, dues à un clivage de l'épiderme par une hypersécrétion sudorale, n'ont aucune valeur pronostique.

Tantôt la peau autour des vésicules est rouge (*miliaire* proprement dite), et les vésicules sont si nombreuses que la peau paraît rouge. Le liquide des vésicules peut se troubler (*miliaire blanche*) et même devenir purulent (*miliaire jaune*). Les sensations de cuisson et de prurit sont constantes. Lorsque la vésicule repose sur une papule, c'est la « bourbouille » ou gale bédouine. La durée est courte, de 2 à 5 jours, mais il est fréquent d'observer des poussées successives. Les vésicules se rompent ou se dessèchent et l'épiderme desquame finement. Les lotions à l'eau fraîche et les poudres inertes, les pommades mentholées, camphrées (v. p. 340), sont les meilleurs calmants. Ces miliaires sont des infections épidermiques streptococciques, résultant d'auto-inoculations multiples, le plus souvent à la faveur de la macération de l'épiderme par la sueur : ce sont des « impétigos miliaires » (Darier).

*
* *

3° DIAGNOSTIC DES GRANDES INFECTIONS MASQUÉES PAR UNE ÉRUPTION

Il faut ensuite ne pas s'en laisser imposer par une éruption cutanée plus marquée que d'ordinaire survenant

au cours d'une grande infection et savoir diagnostiquer l'infection exacte que masque la dermatose. On a pu en effet citer des erreurs de diagnostic extraordinaires.

Toutes les grandes *septicémies* et *pyohémies* streptococciques, pneumococciques, etc., peuvent déterminer des lésions cutanées qui souvent accaparent à tort toute l'attention.

— La *fièvre puerpérale*, les *endocardites*¹, *ostéomyélites*, etc., provoquent des érythèmes scarlatiniformes, des érythèmes polymorphes maculo-papuleux ou vésiculo-pustuleux, du purpura, etc. Toutes les grandes infections, notamment la fièvre typhoïde, lorsqu'elles lésent le foie (formes hépatiques des infections) et les infections inconnues qui déterminent l'*ictère grave*, la *fièvre jaune*, etc., s'accompagnent d'érythème scarlatiniforme, morbilliforme, polymorphe ou de purpura.

— La *fièvre typhoïde*², les paratyphus, etc., peuvent à la période d'état donner des taches rosées, qui par leur abondance, leur intensité, simulent une rougeole, une roséole syphilitique, etc., et inversement la syphilis secondaire avec la roséole et des symptômes généraux, fièvre, etc., peut être confondue avec la dothiëntenterie (voir *Traitement de la syphilis*, p. 262). La fièvre typhoïde débutante peut être masquée par un érythème précoce, bénin, mor-

1. L'endocardite maligne subaiguë, chronique, streptococcique, caractérisée par une évolution lente, fébrile, irrégulière, la fatigue et la pâleur, la splénomégalie, des arthropathies, des souffles cardio-valvulaires, puis par des embolies (rénales, etc.), des anévrysmes artériels, etc., a presque constamment des manifestations cutanées : — purpura, — papules ou nodosités éphémères douloureuses de 1 centimètre de diamètre, rouges, avec souvent tache blanche au centre siégeant surtout aux doigts (faux panaris ou phénomène des doigts — *signe d'Osler*), — plaques érythémateux, etc. L'hémoculture confirmera le diagnostic en révélant du streptocoque.

2. V. Gougerot : Valeur pronostique des taches rosées, etc. *Journal des Praticiens*, 1915, n° 31, p. 481.

billiforme d'ordinaire, parfois scarlatiniforme qui dure 4 à 5 jours, puis desquame. A la convalescence on peut noter un érythème scarlatiniforme, desquamatif, etc.

— Les pneumonies, broncho-pneumonies, *grippe*, *rhumatisme* et même les *tuberculoses aiguës* granuliques peuvent se cacher derrière une éruption généralisée, derrière un érythème cutané scarlatiniforme ou polymorphe, derrière un purpura (forme purpurique des granules, de l'ictère grave tuberculeux, etc.).

— Les *méningites*, notamment la méningite cérébro-spinale, peuvent être masquées par du purpura ou par des éruptions polymorphes, diffuses le plus souvent herpétiques : herpès diffus, généralisé, ou disposé en bandes radiculaires.

— La *diphtérie* peut se cacher derrière un érythème scarlatiniforme, que l'on confondra d'autant mieux avec la scarlatine qu'il peut exister dès le début avec l'angine. Mais le début a été moins violent que dans la scarlatine, l'angine est pseudo-membraneuse, l'érythème est d'ordinaire apyrétique, la desquamation n'est pas constante à la convalescence. Les éruptions sériques, scarlatiniformes ou morbilliformes peuvent être délicates à différencier de la scarlatine, de la rougeole...; on a pu encore observer des éruptions sériques urticariennes, des érythèmes maculeux, papulo-pustuleux et même noueux, l'érythème marginé aberrant, le purpura.

Enfin, il faut se rappeler : — que la plupart des infections peuvent avoir des localisations cutanées, même le choléra, le paludisme, la septicémie gonococcique, qui voilent la maladie primitive, — que la *lèpre*, la *tuberculose*, la *syphilis* peuvent, dans des formes aiguës fébriles, prendre le masque des septicémies, surtout la tuberculose dans ses formes dites *lupus érythémateux* aigus, — que certaines infections à protozoaires, par exemple la maladie du sommeil, peuvent être découvertes à propos d'une éruption.

C'est en ayant l'esprit en éveil sur tous ces faits si exceptionnels, en examinant complètement le malade, en reconstituant l'évolution de la maladie, que l'on évitera de graves erreurs de pratique.

C'est seulement après avoir éliminé toutes ces hypothèses : fièvres éruptives, grandes septicémies, etc., que l'on conclura par élimination à une infection d'origine inconnue ou discutée.

*
* * *

4^o INFECTIONS D'ORIGINE INCONNUE OU DISCUTÉE.

Les unes sont **graves**, s'accompagnent de symptômes de septicémie toujours inquiétants et provoquent souvent la mort en quelques heures ou en quelques jours.

Les autres sont **bénignes**, ne mettant jamais les jours du malade en danger, se réduisant souvent à quelques douleurs articulaires et à une fièvre légère.

ÉRYTHÈMES ET PURPURAS GRAVES. — Les infections générales peuvent revêtir les formes les plus diverses : infection foudroyante, tuant en quelques heures (purpura fulminans ou suraigu), infection typhoïde (typhus angéio-hématique de Landouzy-Gomot), septicémies, pyohémies, etc. L'éruption peut revêtir tous les types, provoquer des bulles purulentes (pemphigus fébrile grave, p. 253) et même de grands œdèmes hypodermiques, inflammatoires, qui simulent des phlegmons (v. p. 453); elle peut s'associer à toutes les localisations viscérales possibles.

Le diagnostic étiologique est souvent très difficile. Si l'éruption est hémorragique, il faudra toujours se méfier des *formes hémorragiques des fièvres éruptives : variole,*

scarlatine, etc., et penser à des formes larvées de *méningococcie*, *tuberculose*, etc. On cherchera à préciser par l'hémoculture, le germe pathogène en cause. Il faudra enfin éliminer les *eczémas aigus* et surtout les *toxicodermies*, les empoisonnements, qui parfois ont un début fébrile bruyant et une évolution grave.

ÉRYTHÈMES ET PURPURAS INFECTIEUX BÉNINS : — ÉRYTHÈMES POLYMORPHES, HERPÈS-IRIS, HYDROA, E. NOUEUX ; — PURPURAS. — Au plus faible degré de l'infection, on trouve les érythèmes infectieux dits « **Érythèmes polymorphes** » (fig. 60, 61, 62, 63). Parfois l'infection est encore grave : fièvre, angine, « pseudo-rhumatisme », néphrite, pleurésie et même endopéricardite, etc., quoiqu'elle guérisse toujours ; mais le plus souvent, les signes généraux, infectieux, n'ont été que passagers, n'ont marqué que le début de la poussée : malaise général et courbature dans les membres, fièvre et céphalée, anorexie et embarras gastrique, très fréquemment localisations articulaires allant de la névralgie à la tuméfaction articulaire (« pseudo-rhumatisme ») parfois angine. Souvent même les symptômes généraux sont frustes, peu ou pas marqués, si bien que l'éruption cutanée absorbe toute l'attention.

Cette éruption est souvent peu ou pas douloureuse, parfois pourtant prurigineuse, cuisante ou brûlante. Les sièges d'élection sont les poignets, la face dorsale des mains et des doigts, les coudes, le cou, les genoux, etc., sauf pour l'érythème noueux et le purpura qui se localisent surtout aux jambes. Les éléments sont souvent symétriques. Ils restent isolés ou deviennent confluent.

L'éruption peut être variée, méritant vraiment le nom

de polymorphe, mais d'ordinaire l'E. polymorphe est *monomorphe*, ne comprenant qu'une seule variété d'éléments ou plutôt une seule série d'éléments :

Tantôt l'érythème est *érythémato-papuleux*. Il débute par une macule arrondie, qui s'infiltre, devient papuleuse; souvent le centre se déprime, se cyanose, alors que la zone périphérique reste d'un rouge plus ou moins vif. Les taches ont une grandeur variable : *E. en taches*, *E. en plaques*; parfois elles deviennent *circinées* (fig. 63), *gyratées* ou *urticariennes* (érythème ortié) ou *papulo-tuberculeuses* ou *purpuriques*.

Tantôt l'érythème est *vésiculo-bulleux*, à petites bulles plus ou moins *herpétiformes* (fig. 63), aboutissant par transitions insensibles à la maladie de Dühring. Tantôt les bulles sont larges : *Hydroa* vrai ou vésiculeux, *Herpès-iris* formant parfois des cocardes : *E. en cocardes* (fig. 60). Souvent aux lésions cutanées de ces variétés, s'ajoutent des **lésions muqueuses** des lèvres, de la langue, du buccopharynx, qui parfois sont d'un diagnostic difficile avec les plaques syphilitiques (voir fig. 62 et *Traitement de la syphilis*, p. 555).

Tantôt l'érythème est *noueux* (fig. 64) : encore appelé *E. contusiforme* parce que les nouures multiples, violacées, douloureuses, dures, souvent purpuriques, de 1 à 6 centimètres de diamètre, simulent des contusions multiples des membres inférieurs et, en disparaissant, passent par toutes les teintes des ecchymoses traumatiques; jamais elles ne s'ulcèrent. Des transitions insensibles les rattachent aux érythèmes indurés de Bazin qui sont des tuberculides.

Tantôt l'éruption est purpurique : *Purpura punctiforme*, *ecchymotique*, *Purpura rhumatoïde*, *P. myélopathique*, etc. Le *purpura orthostatique* n'est qu'une variété pathogénique, dans laquelle la station debout est la cause déterminante de la diathèse purpurique.

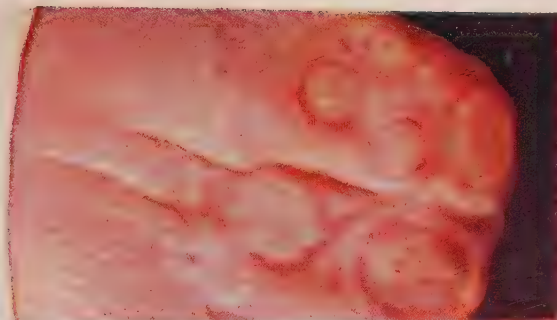


FIG. 62. — Erythème polymorphe bulleux de la langue (Hydroa) : enduits fibrineux arrondis post-bulleux cerclés de rouge. (*Voir page 467*).



FIG. 63. — Erythème polymorphe : érythème circiné annulaire et vésiculeux. (*Voir pages 466-467*).



FIG. 64. — Pityriasis rosé de Gibert : médaillons inégaux. (*Voir page 207*).

La durée est variable de deux à dix semaines, cette prolongation étant due à des poussées subintrantes ou successives. La récurrence n'est pas rare.

Diagnostic étiologique : fréquence de la tuberculose.

Il faut tenter devant ces érythèmes et purpuras bénins un diagnostic étiologique. On ne s'en rapportera guère aux examens bactériologiques des éléments, surtout des bulles, rapidement surinfectées par les microbes de la peau. On ne s'illusionnera pas sur des coïncidences de syphilis, blennorrhagie, etc., qui ne semblent être que des associations. On pensera à la lèpre qui peut réaliser l'aspect de l'érythème noueux, ou de l'érythème polymorphe, ne serait-ce que pour l'éliminer (v. p. 571). On se méfiera des toxicodermies (v. p. 684). On explorera l'état des fonctions hépatiques et on recherchera les troubles nerveux plus ou moins latents dans les purpuras même les plus bénins. On discutera surtout l'étiologie **tuberculeuse** affirmée depuis longtemps par Landouzy, Gaucher et nous-même, à l'origine de maint érythème et purpura soi-disant idiopathiques et essentiels; nous n'avons jamais dit que tous les érythèmes, que tous les purpuras dits essentiels étaient bacillo-tuberculeux, mais nous affirmons qu'un certain nombre de ces dermatoses relèvent de cette origine; les preuves cliniques, évolutives, bactériologiques, en sont multiples: notamment on a trouvé plusieurs fois le bacille de Koch dans le sang et une fois dans les nodules (Landouzy, Lœderich et Richet).

Pronostic lointain. — Cette fréquence de la tuberculose assombrit singulièrement le pronostic lointain de ces érythèmes et purpuras bénins; j'ai vu plusieurs fois des enfants et des adultes atteints d'érythèmes ou de

purpuras bénins, mourir quelques mois ou quelques années plus tard de méningite ou de phthisie pulmonaire. Il faudra donc surveiller attentivement de tels malades et les traiter comme des menacés, si les réactions tuberculiniques sont positives (v. p. 569).

*
* * *

TRAITEMENT

Le traitement de ces infections générales reste encore malheureusement symptomatique; nous ne connaissons pas leurs traitements spécifiques et les essais de sérothérapie anti-streptococcique, anti-pneumococcique, anti-tuberculeuse, sérothérapie et vaccinothérapie anti-typhiques, etc., sont encore à la période de perfectionnement. C'est donc en se guidant plus sur l'état symptomatique que sur la cause de la maladie, que l'on instituera le traitement général et local.

En pratique on peut distinguer plusieurs cas : — I. Infections bénignes. — II. Infections graves. — III. Infections hémorragiques. — IV. Traitements locaux.

Il faut en outre envisager certains cas particuliers : Traitement de la variole; Traitement de la varicelle.

Dès que le diagnostic est posé, on prendra toutes les mesures prophylactiques urgentes. Quelle que soit l'affection, on aura grand avantage à employer *aussitôt que possible* la **méthode anglaise de Robert Milne**, qui prévient les complications dues aux infections secondaires et, enrayant la contagiosité, permettrait même de ne plus isoler (?) les malades atteints de rougeole et de scarlatine, pourlant si contagieuses.

1° *Protection des muqueuses.* — Les amygdales et la gorge sont badigeonnées, toutes les deux heures, aussi haut et aussi bas que possible, avec un petit tampon de coton monté sur un fil métallique légèrement recourbé, imbibé d'huile d'olive phéniquée à 10 p. 100 et changé à chaque badigeon. Dans la scarlatine, deux jours de ce traitement suffisent; dans la rougeole, il est utile de faire encore trois badigeons par jour pendant plusieurs jours.

La bouche et les dents doivent être fréquemment nettoyées, au moins quatre fois par jour, avec du savon.

2° *Protection de la peau.* — Toute la surface cutanée depuis le cuir chevelu jusqu'à la plante des pieds, est enduite doucement d'une mince couche d'essence d'eucalyptus pure (huile d'eucalyptus des Anglais), produit non irritant, deux fois par jour, jusqu'au dixième jour de la maladie (et pendant la desquamation). Il ne faut pas couper les cheveux des petites filles.

3° *Protection de l'entourage.* — « Durant la première phase de la rougeole, accompagnée d'éternuements, de toux, on place au-dessus de la tête et de la poitrine du malade un grand cerceau, recouvert d'une pièce de gaze légère, transparente et floconneuse, qui retombe sur le lit, et que l'on asperge de temps à autre avec l'essence d'eucalyptus. » Les enfants et adultes de l'entourage porteront un sachet de linge imbibé trois fois par jour de 15 gouttes d'essence d'eucalyptus et s'ils sont forcés de coucher dans la même chambre, on aspergera leur oreiller avec le même produit.

La désinfection des objets dont le malade s'est servi avant le traitement devra être *immédiatement* faite. « On asperge les effets d'essence, ou on les expose quelques heures au soleil. »

I. Infections bénignes. — Le traitement général est plus ou moins sévère suivant l'intensité de l'infection. On cherchera à :

— Combattre l'infection par le repos au lit dans une pièce aérée pas trop chaude pour éviter la sudation ; tout au moins exigera-t-on le repos à la chambre dans les premiers jours et dans les cas bénins. On donnera de la quinine, de l'aspirine pour atténuer la fièvre et les phénomènes douloureux :

— Réduire l'intoxication par le régime lacté ou lacto-végétarien en reprenant lentement et progressivement l'alimentation carnée (v. Eczéma), surtout dans les infections comme la scarlatine où l'on peut craindre la néphrite.

— Faciliter les digestions par addition d'eau de Vichy au lait, et au besoin ingestion d'acide chlorhydrique et de ferments gastro-intestinaux.

On se trouvera bien le premier jour d'ordonner un laxatif ou un purgatif qui ne diminue pas la diurèse : calomel quatre fois 0,05 d'heure en heure ou sulfate de soude 30 grammes.

On a donné à l'intérieur différents médicaments : ergotine et sulfate de quinine à 0,40 et extrait de belladone 0,001 milligramme avec ou sans digitale (Brocq) pour une pilule trois fois par jour, en raison de leur action vasomotrice ; — benzoate de soude, 4 à 8 grammes et salicylate de soude, 2 à 6 grammes (Ramond, Esmein donnent 6 grammes par jour de salicylate de soude dans la scarlatine même s'il n'y a néphrite) ; — injections intra-veineuses de soufre colloïdal (dans l'érythème noueux : Bourges). L'iodure de potassium, préconisé par Villemin, peut déterminer des éruptions médicamenteuses ; il faut

le réserver aux érythèmes noueux et aux formes érythémato-papuleuses sans tendance vésiculeuse ni purpurique de l'érythème polymorphe.

Des lavages faiblement antiseptiques ou des pulvérisations dans les cavités muqueuses empêcheront les complications de se greffer sur ces muqueuses enflammées dans la rougeole, la scarlatine, etc.

II. Infections graves. — Dans les infections graves on essaiera :

— Des toniques et excitants : vin et alcool, éther et huile camphrée, acétate d'ammoniaque, extrait mou de quinquina en pilules et sirop de quinquina, strychnine, digitale, etc. ;

— Les injections de sérum artificiel sous la peau et dans le rectum, l'instillation goutte à goutte d'adrénaline et de sérum ;

— Les injections intra-veineuses de 300 à 450 grammes par jour et 2 à 3 fois de solution aqueuse sucrée isotonique (4,76 p. 100 de glycose, ou 10,35 de saccharose, ou 10,89 p. 100 de lactose) (la quantité injectée est « suffisante quand la leucocytose se maintient aux environs de 25 000 ; pratiquement, on peut admettre que cette limite est atteinte quand le malade a un grand frisson dans l'heure qui suit l'injection », le traitement sera poursuivi quatre à cinq jours après la chute de la fièvre) ;

— Des injections intra-musculaires ou intra-veineuses de ferments métalliques : électrargol à 20 cm³, etc. ;

— Dans le typhus exanthématique, Danielopolu fait des injections intraveineuses quotidiennes de 500 cm³ d'eau salée isotonique contenant 0,20 cgr. de chlore jusqu'à ce que la leucocytose tombe au-dessous de 10 000.

Si l'hyperpyrexie est marquée, atteint ou dépasse 40°, on usera de lotions froides, draps mouillés et bains frais à 24°-18° qui font merveille dans ces grandes infections, sauf dans les formes hémorragiques.

S'il survient des complications internes graves, telles qu'une bronchite capillaire dans la rougeole, on cherchera par des sinapismes à faire une dérivation cutanée, à faire ressortir l'éruption qui souvent a pâli, est « rentrée »¹.

III. Purpuras et infections hémorragipares : Variole hémorragique, etc.

Dans les purpuras bénins, le traitement antihémorragipare est presque inutile.

Dans les cas graves, on injectera aussitôt que possible 20 à 40 cm³ de sérum de cheval préparé (hémostyl) et l'on ordonnera, sans trop compter sur leur efficacité, les divers médicaments dits hémostatiques. On essaiera tour à tour ou en les associant : — le jus de citron à hautes doses additionné ou non de sucre en poudre et la limonade sulfurique — l'ergotine 0,50 à 4 grammes, ou l'ergotinine 0,0002 à 0,001 mmgr. en injections sous-cutanées ou en ingestion :

Ergotine 5 gr.

Tannin 2 gr.

Sirop de grande consoude . 200 gr.

Par cuillerée à soupe.

Ou :

Ergotine 1 à 5 gr.

Extrait thébaïque 0 gr. 10

Extrait de ratanhia 4 gr.

Hydrolat de feuille d'oranger . 130 gr.

Teinture de cannelle 15 gr.

Sirop de grande consoude . . 30 gr.

Infusion de 0 gr. 30 de feuilles de digitale dans 100 gr. d'eau.

Par cuillerée à bouche toutes les heures.

1. Voir pour la pathogénie de ces érythèmes et les réactions de défense, notre travail : *Journ. des Praticiens*, 1915, n° 31, p. 481.

— le perchlorure de fer 1 à 4 grammes à l'intérieur, en potion :

Perchlorure de fer	4 gr.
Eau de Rabel.	5 gr.
Sirop d'opium.	30 gr.
Eau	120 gr.

— le ratanhia, l'eau de Rabel, le tannin, par exemple :

Ratanhia 20 gr., faire bouillir dans 200 d'eau, passer et ajouter :

Eau de Rabel	40 gr.
Sirop de ratanhia	50 gr.
Par cuillerée toutes les heures.	

Ou :

Extrait de ratanhia.	40 gr.
Glycérine	90 gr.
4 à 8 cuillerées à café par jour.	

[GAUCHER].

— le chlorure de calcium :

Chlorure de calcium	4 gr.
Sirop de menthe.	30 gr.
Eau sucrée.	120 gr.
Teinture d'opium	XX gouttes.
Par cuillerée à bouche toutes les heures.	

— les injections de sérum adrénaliné : 0,001 à 0,005 de chlorhydrate d'adrénaline :

— et surtout les injections de 250 cm³ de sérum gélatiné, deux fois par jour dans les cas graves :

Gélatine.	50 gr.
Chlorure de sodium	2 gr. 5
Eau distillée.	250 gr.
Stérilisé à 115-120° pendant une heure.	

Ou 10 à 30 grammes de gélatine en ingestion dans une confiture (gelée à 1/15).

— les inhalations d'oxygène, etc.

IV. Traitements locaux. — Le traitement local se borne : dans les fièvres éruptives contagieuses aux onctions deux fois par jour avec l'essence d'eucalyptus, — dans les érythèmes *non contagieux* et non bulleux à une propreté méticuleuse, et aux applications soit de poudres d'amidon, de talc, d'oxyde de zinc, de sous-nitrate de bismuth mêlées, additionné de 1 p. 100 de camphre (v. p. 308) ou de 10 p. 100 d'acide borique, soit de pâte à l'oxyde de zinc additionnée de camphre, menthol ou gaïacol (v. p. 310), si le prurit est intense. Dans le même but on usera de lotions antiprurigineuses phéniquées ou d'eau blanche (v. p. 306).

Les éruptions bulleuses seront traitées comme les bulles des pemphigus (v. p. 260) : si les bulles sont disséminées, on usera d'application de pâte à l'oxyde de zinc et on poudrera les draps et la chemise ; si les bulles sont confluentes, exulcérées, on fera des pansements ouatés au liniment oléo-calcaire aseptique, additionné ou non d'acide phénique.

Les pustules et infections secondaires seront cautérisées et pansées comme des pyodermes (v. p. 393) : pâtes d'Alibour, badigeons ou bains au permanganate (v. p. 87).

Les douleurs des nouures de l'érythème noueux seront soulagées par des pommades ou liniments chloroformés, laudanisés, belladonnés ; la ponction avec un fin bistouri qui décongestionne les nouures est un moyen ultime de diminuer la tension douloureuse.

Lors de la desquamation, on peut oindre la peau avec l'essence d'eucalyptus ou avec une pâte additionnée de cette essence, pour éviter la dessiccation de l'épiderme et la diffusion des squames contagieuses.

*
* *

TRAITEMENT DE LA VARIOLE ET DE LA VARICELLE

En raison de leur importance, il faut envisager deux cas particuliers : le traitement de la variole et de la varicelle.

Traitement de la variole. — En outre du traitement général antiinfectieux, la variole et les éruptions vésiculopustuleuses graves réclament des soins spéciaux minutieux.

Dès le début, on mettra le malade dans la lumière rouge, procédé au moins inoffensif s'il n'est pas actif.

Il faut surtout exiger une propreté méticuleuse de la peau et des muqueuses, afin de combattre les infections secondaires. On a proposé l'onction biquotidienne avec l'essence d'eucalyptus, et les bains au permanganate (v. p. 87) quotidiens, tiède ou froid à 26-22° en cas d'hyperpyrexie. On a recommandé encore des onctions de pâtes, faiblement antiseptiques, au salicylate de bismuth, par exemple, additionnées de 1 p. 100 de camphre qui est à la fois antimicrobien et antiprurigineux, ou 1 à 5 p. 100 d'acide salicylique, — ou un large poudrage du linge et des draps avec une poudre inerte stérilisée : talc, plâtre, etc., additionnée ou non de salol ou d'acide salicylique 1 p. 100; mais ce poudrage a le très grave inconvénient de favoriser la dissémination du germe.

Les lésions de la face seront pulvérisées plusieurs fois par jour avec de l'eau bouillie ou résorcinée au 1/200. Talamon recommande une courte pulvérisation d'une minute,

3 fois par jour, pendant les trois premiers jours, puis 2 fois par jour avec le mélange suivant, en surveillant l'irritation :

Sublimé.	} à 1 gr.
Acide tartrique	
Alcool à 90°	5 gr.
Éther	50 gr.

La gorge sera largement irriguée, avec de l'eau boriquée ou chloralée et badigeonnée avec de l'huile phéniquée à 10 p. 100. Les lésions oculaires seront pansées avec des solutions aqueuses de bleu de méthylène à 1/500.

On a préconisé de nombreux médicaments internes : 0,05 à 1 gramme d'acide phénique par jour (Chauffard), — 1 à 2 grammes de salicylate de soude, — quinine, kairine, collargol, levure de bière, fluorure d'argent, etc., — et surtout le xylol 100 gouttes de *xylol*, par la douche chaque jour (Vichevsky)¹ et la *méthode éthéro-opiacée* de Ducastel qui soulage beaucoup les malades : chaque jour on donnera par la bouche 0,10 à 0,20 d'opium, 40 à 80 cm³ d'alcool, 20 à 40 gouttes de perchlorure de fer et trois fois par jour, en injection sous-cutanée, 2 cm³ d'éther.

Dès que les papules deviendront vésiculeuses, on les touchera chaque jour avec de la teinture d'iode ou de l'eau iodo-iodurée diluée (voir p. 482) et on les pansera avec la pâte d'Alibour forte (v. p. 389) cette cautérisation évitera souvent la suppuration.

Traitement de la varicelle. — Les éruptions vésiculopustuleuses bénignes, telles que la varicelle, réclament des soins attentifs, si l'on veut éviter les cicatrices disgracieuses.

On a prétendu que seules les lésions qui avaient été grattées, « écorchées », donnaient des cicatrices. Le traitement prophylactique des cicatrices semblerait donc très simple : il suffirait de s'abstenir de toute excoriation des

1. Les injections de sérum de génisse vaccinées à hautes doses, 200 à 800 cm³ par jour, ont donné des résultats incertains mais qu'il faudrait réétudier;

vésicules. Or cette croyance n'est pas exacte, j'ai vu des jeunes femmes très attentives que j'avais prévenues du danger et qui n'avaient pas excorié leurs lésions, avoir quelques cicatrices profondes indélébiles.

Peut-on tenter un traitement préventif des cicatrices?

Il faut être prévenu que ce sont d'ordinaire les premiers éléments apparus qui laissent les cicatrices les plus marquantes. Ces premiers éléments sont les plus gros, les plus ulcéreux, les éléments des poussées successives sont de moins en moins marqués, parce qu'il s'établit une immunité progressive.

Si ce sont les premiers éléments qui ont au point de vue esthétique le plus d'inconvénient, il ne faut pas s'illusionner sur la valeur d'un traitement préventif des cicatrices, car le diagnostic de varicelle n'est presque jamais fait avant l'apparition de ces premières lésions, et la thérapeutique arrive d'ordinaire trop tard pour les combattre. Il faut néanmoins s'attacher à en diminuer l'intensité.

Le programme se résume donc en deux points : 1° faire avorter les poussées ultérieures ; 2° atténuer l'intensité des éléments déjà apparus. Il me semble avoir obtenu ce double résultat en appliquant à la varicelle deux traitements proposés pour la variole.

1° *Traitement général.* — Pour faire avorter les poussées ultérieures, le malade absorbera à l'intérieur du xylol, 3 à 20 gouttes à chaque prise et cinq prises par jour, soit au total 50 à 100 gouttes par jour pour un adulte ; 15 à 40 gouttes pour un enfant suivant l'âge.

On dilue le xylol, dont le goût est désagréable, soit dans du vin, soit dans du lait. Il faut faire attention que le xylol ne se dissout pas dans ces liquides, il faut l'émulsionner par battage et avaler aussitôt le mélange.

On continuera l'ingestion de xylol pendant huit jours au moins, car une fois j'ai vu l'éruption, qui avait nettement tourné court, reprendre après cessation du xylol.

Cette médication n'empêche pas le traitement classique : repos à la chambre et diète lactée, si l'éruption est intense, pour prévenir l'albuminurie ; ingestion de calomel ou d'un purgatif salin, si les symptômes d'embarras gastrique sont marqués ; administration d'aspirine ou d'antipyrine si la céphalée est vive.

2° *Traitement local.* — Pour atténuer l'intensité des éléments déjà apparus, toutes les vésicules seront badigeonnées matin et soir avec de la teinture d'iode pure ou diluée, ou si l'alcool est irritant avec l'eau iodoiodurée à 2 p. 100. On examine avec soin le tégument et, avec une allumette de bois trempée dans la teinture d'iode, on cautérise tous les éléments naissants, adultes ou vieillissants.

Grâce à ces attouchements iodés, on voit les éléments avorter, la suppuration se tarit ou n'apparaît pas, on a l'impression en supprimant l'infection secondaire par les cocci-saprophytes de la peau, d'arrêter l'évolution de la vésicule vers la pustulation, il semble que l'on enrayer la tendance ulcéreuse et, partant, que l'on prévienne la formation de cicatrices. Dans un de nos cas, ce traitement très simple a arrêté net l'évolution d'une varicelle dite gangreneuse et seuls les premiers éléments ont laissé des cicatrices.

Après l'attouchement iodique, on appliquera une couche de pâte à l'oxyde de zinc, de pâte d'Alibour ou mentholée à 1/50 et on poudrera la chemise de poudre d'amidon ou d'une poudre antiprurigineuse quelconque, afin d'atténuer le prurit.

Les seuls bains permis seront les bains permanganatés (v. p. 87). Quant à la photothérapie « rouge » préconisée dans la variole, elle nous semble inutile dans la varicelle, qui est trop bénigne pour imposer au malade l'internement dans une « chambre rouge ».

Les cicatrices indélébiles seront améliorées par des applications d'emplâtres rouges et par des scarifications.

CHAPITRE XI

CHARBON

Le charbon est une des infections dont le diagnostic d'urgence s'impose au clinicien, car plus rapide est le traitement, plus on a chance de sauver le malade.

Le charbon cutané se traduit par la pustule maligne et l'œdème malin.

La **pustule maligne** commence, deux à trois jours après l'inoculation, par un bouton rouge semblable, dit-on, à une piqûre de puce; puis très rapidement apparaît une vésicule prurigineuse. Cette lésion grossit d'heure en heure (fig. 103), l'épiderme au centre s'escharifie, prend une teinte noirâtre ou seulement grisâtre sale d'épiderme flétri, irrégulier, souvent godronné, analogue à la bulle d'une brûlure ou d'un zona confluent; cette plaque d'épiderme mortifié est entourée d'une collerette de vésicules souvent incomplète (la couronne vésiculeuse n'existe qu'à la partie supérieure de la pustule sur la figure 103); le tout repose sur une base rouge, œdémateuse, souvent très considérable, avec parfois des trainées lymphangitiques dites racines du charbon, et souvent de la tuméfaction ganglionnaire. L'évolution s'arrête ou s'aggrave vers le sixième ou septième jour, déterminant la septicémie charbonneuse et la mort qui survient du huitième au quinzième jour.

L'**œdème malin**, qui siège habituellement aux paupières ou au cou, est caractérisé par un œdème diffus, énorme, rouge ou rose pâle, demi-transparent, augmentant d'heure en heure et s'accompagnant rapidement de phénomènes

généraux graves : fièvre, pouls rapide et mou, abattement, collapsus cardiaque, etc. On reconnaît souvent le point d'inoculation à une vésicule, ou petite eschare, sorte de pustule maligne ébauchée. La mort survient du deuxième au sixième jour, fatale, si le traitement n'est pas précoce.

Il faut donc se hâter de différencier le charbon naissant d'une piqûre banale d'insecte (v. fig. 211), d'une acné, furoncle, anthrax, herpès, zona et même d'un chancre syphilitique.

Si l'on doute cliniquement, on fera simultanément les trois épreuves bactériologiques suivantes : — 1° Frottis de sérosité et coloration par le Gram montrant la bactérie de Davaine : gros bâtonnets de 5 à 6 μ de long. — 2° Culture sur gélose alcaline, à l'étuve à 37°, donnant des colonies blanches en torsades de cheveux et culture en bouillon alcalin donnant des grumeaux en flocons de ouate, qui au microscope sont formés de longs filaments précocement sporulés. — 3° Inoculation sous-cutanée au cobaye : l'animal meurt en deux ou trois jours avec les lésions du « sang de rate » : la rate est énorme, livide, gorgée de sang noir et les frottis colorés au Gram montrent des milliers de bacilles.

En cas d'hésitation mieux vaut ne pas s'abstenir et commencer aussitôt le traitement : injection sous-cutanée (intra-veineuse dans l'œdème malin) de 40 cent. cubes de *sérum anticharbonneux* de Sclavo-Marchoux¹, tous les jours et même deux fois par jour. On pourra encore tenter des injections sous-cutanées, près du foyer, de 10 à 20 cent. cubes de *pyocyanase* de Fortineau (de Nantes)², répétées s'il le faut quarante-huit heures après.

1. Pour la France s'adresser à l'Institut Pasteur de Paris

2. La pyocyanase ou pyocyanéine est une culture stérilisée de bacille pyocyanique poussée sur un milieu minéral. Cette injection est suivie d'une réaction fébrile, d'un frisson et d'une réaction locale assez vive dont il ne faut pas s'inquiéter.

Localement on fera une pointe de feu profonde, si la lésion est débutante et petite. Si elle est plus grande et ne siège pas dans une région esthétique, le plus sûr est de la détruire largement, profondément, sous anesthésie générale avec le thermocautère, puis d'enlever largement au thermocautère la lésion entière, enfin de cautériser la plaie avec la teinture d'iode, ou avec du sublimé en poudre; dans la zone environnante et autour des ganglions tuméfiés on fera des injections interstitielles d'eau iodo-iodurée à 1 p. 100; Verneuil ajoutait des pointes de feu profondes tout autour de la plaie de thermocautérisation. Si la pustule siège dans une région esthétique, on se contentera de cautériser la plaie à l'iode, de la saupoudrer de sublimé en poudre et d'injecter tout autour de l'eau iodo-iodurée deux fois par jour. Dans l'œdème malin on tentera les mêmes cautérisations et injections iodées.

A cette thérapeutique on associera les médicaments généraux des infections: potion de Todd, teinture d'iode 20 à 40 gouttes et acide phénique 0,50 à 1 gramme par jour; injections d'huile camphrée et d'électrargol. Si les injections de sérum ne semblent pas arrêter rapidement la marche des lésions, on pourra tenter une injection intra-veineuse de 0,60 centigrammes de 606 qui a donné un succès à Boecker.

On se défiera des lésions d'apparence bénigne, car souvent la septicémie commence insidieusement et on risquerait d'arriver trop tard; il faut attaquer énergiquement le charbon le plus bénin en apparence.

On cherchera enfin la source contaminatrice: animaux, lainages, cuir, etc., afin de la détruire.

CHAPITRE XII

MORVE

C'est un diagnostic terrible que celui de morve, car il indique un pronostic presque fatal; pourtant, il importe de le faire le plus tôt possible, car au début, on a pu guérir l'infection; et, tout au moins, on prendrait des mesures prophylactiques sévères pour protéger l'entourage; on recherchera la source contaminatrice afin de l'éteindre, en se souvenant que le cheval est la source habituelle de contagion. On pensera donc à la morve devant toute lésion cutanée ulcéreuse chronique ou aiguë, surtout si la muqueuse nasale est atteinte.

La morve cutanée (— « morve proprement dite » quand les fosses nasales sont malades, — « farcin » lorsqu'elles ne le sont pas) revêt des formes multiples :

Formes chroniques. Farcin. — Tantôt la piqûre contaminatrice est suivie de douleurs et de troubles généraux dont l'intensité contraste avec l'insignifiance de la plaie; la violence des symptômes est telle que l'on a pu croire à une dothiéntérie ou à une granulie; puis apparaissent des lésions cutanées, et les symptômes généraux s'atténuent pour aboutir au farcin chronique.

Tantôt le début est plus insidieux : on voit apparaître, par poussées irrégulières, trois, quatre, cinq abcès sous-cutanés, disséminés, de la grosseur d'un pois à celle d'une

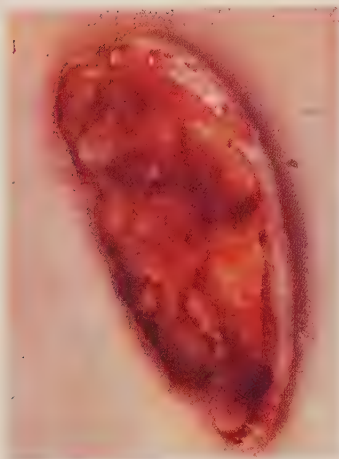


FIG. 66. — Gomme tuberculeuse : ulcération tuberculeuse chronique. / Voir page 550.

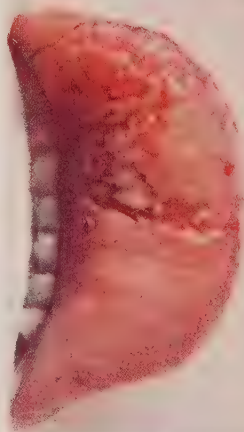


FIG. 67. — Tuberculose miliaire ulcéreuse aiguë de la lèvre : granulations tuberculeuses.



FIG. 65. — Morve mutilante de la face à point de départ endonasal chez un palefrenier : gommès.

orange, pouvant contenir jusqu'à 300 et 400 centimètres cubes de pus ou de liquide gommeux, huileux, etc.; l'adénite est rare. Souvent les abcès ne teintent pas et n'enflamment pas la peau (variété torpide). Parfois ces abcès se compliquent de poussées inflammatoires subaiguës (variété phlegmoneuse). Parfois l'infection envahit les vaisseaux blancs formant des cordons lymphangitiques noueux et durs. Les ulcérations sont fréquentes, succédant à ces abcès : elles sont profondes, taillées à pic, à l'emporte-pièce, arrondies, suintant un liquide filant.

L'état général est plus ou moins atteint : douleurs articulaires et arthrites suppurées, ophthalmie et otite; sarcocèle. Peu à peu s'installe une cachexie progressive fatale, ou bien le malade meurt rapidement, emporté par la morve aiguë.

Morve chronique. — Cette forme est caractérisée par un coryza morveux avec jetage abondant de pus visqueux, collant, etc. A l'examen des fosses nasales on aperçoit des croûtes adhérentes, fétides, striées de sang, des ulcérations et des pustules. Ces lésions nasales peuvent gagner les muqueuses bucco-pharyngées et laryngées, la peau déterminant alors la farcinose mutilante de la face.

Dans cette forme, l'infection presque toujours d'origine endonasale se localise primitivement à la face et y reste confinée pendant longtemps : **farcinose mutilante** de la face de Hallopeau et Jeanselme (fig. 65). Tantôt les nodosités s'abcèdent, puis s'ulcèrent; tantôt les infiltrats s'ulcèrent sans formation intermédiaire d'un abcès. Les ulcérations sont irrégulières, mutilantes, profondes (fig. 65); les bords sont rouges violacés, livides, déchiquetés, décollés, tuberculoïdes ou circinés syphiloïdes; le fond est jaunâtre, sanieux, anfractueux, végétant, parfois rouge ou violet pâle, laissant suinter une sérosité louche fétide; les os sont souvent envahis et se nécrosent.

Le **pronostic** est terrible. La guérison n'est obtenue que

dans 14 p. 100 des cas de farcin et morve chroniques, et encore peut-être certains cas de « morve guérie » n'étaient-ils que des mycoses !

Morve aiguë. — Elle survient d'emblée ou complique une morve chronique, hâtant la mort. Elle est caractérisée par des symptômes d'infection générale, des douleurs et tuméfactions articulaires, des éruptions cutanées diverses : tuméfaction érysipélateuse diffuse de la face, du cuir chevelu, etc., avec vésico-bulles et même plaques gangreneuses ; conjonctivite purulente ; traînées lymphangitiques des mains ou des pieds, etc. ; macules ou taches ecchymotiques ; nodules furunculiformes ou varioliformes disséminés sur le tégument. Parfois des abcès à pus séreux, des bulles sanguinolentes, des plaques gangreneuses étonnent par leur brusquerie d'apparition, la rapidité de leur extension et la fréquence des lymphangites¹. La muqueuse nasale est rouge, boursoflée, ulcérée, pustuleuse, « jetant » du séro-pus dangereux, et ces lésions peuvent envahir le bucco-pharynx, le larynx, etc. Les glandes salivaires sont parfois tuméfiées. L'état typhique se complète : fièvre à 40°, langue rôtie, diarrhée, foie et rate douloureux et augmentés de volume, broncho-pneumonie, albuminurie, délire. La mort est constante en cinq à vingt-quatre jours.

Diagnostic. — Un tableau si polymorphe, des ulcérations nasales et buccales, le jetage purulent, avec ou sans tuméfaction douloureuse des sacs lacrymaux, etc., des éruptions cutanées si bizarres, doivent inciter à soupçonner la morve ; mais ce soupçon clinique a besoin d'être confirmé par la bactériologie : des frottis colorés au bleu montrent des bâtonnets du même aspect que les bacilles tuberculeux, mais ne prenant ni le Gram, ni le Ziehl ; les cultures à

1. Le « farcin aigu » des auteurs donne un tableau analogue, mais sans coryza morveux.

l'étuve à 37° sur pomme de terre glycerinée donnent des colonies arrondies café au lait, visqueuses, luisantes, caractéristiques; l'inoculation de pus dans le péritoine du cobaye mâle (ou sous la peau, si le pus est infecté d'autres microbes) provoque l'orchite morveuse de Straus.

TRAITEMENT. — Si l'on sait que l'on vient d'être piqué avec du pus morveux, il ne faut pas hésiter à thermocautériser profondément la blessure, puis à la cautériser avec de la teinture d'iode, et à injecter tout autour de l'eau iodo-iodurée à 30 p. 100.

Si les lésions sont encore peu développées et paraissent localisées, on détruira par le feu sous anesthésie générale la plaie contaminée, la traînée de lymphangite, les ganglions, en n'enlevant au bistouri que les lésions fermées; on cautérisera avec la teinture d'iode, et on fera des injections interstitielles d'eau iodo-iodurée le long du trajet des lésions.

Si les lésions cutanées ne sont plus extirpables, le traitement est beaucoup plus difficile : on ouvre les abcès au thermocautère, et on détruit leur paroi, de même que les ulcérations, non pas avec la curette qui ouvre les vaisseaux et favorise les disséminations, mais avec le thermocautère, puis on touche avec la teinture d'iode (ou le naphтол); on panse avec de l'eau iodo-iodurée et de la gaze iodoformée ou avec du sublimé à 1 p. 1000. A la périphérie, et dans les nodules non ramollis, on fera des injections interstitielles d'eau iodo-iodurée à 1 p. 100, ou d'huile créosotée à 1 p. 100. Rémy a employé avec succès les bains locaux de douze à vingt-quatre heures avec eau 5 000, iode 1, iodure de potassium 20.

S'il existe des lésions muqueuses, on recommandera : —

des lavages à l'eau isotonique iodée, ou créosotée, ou phéniquée, ou sublimée, ou permanganatée; — des pulvérisations d'huile créosotée, mentholée, gaïacolée, goménolée ou cocaïnée; — des cautérisations à l'eau iodo-iodurée forte, ou plutôt au chlorure de zinc à 5 p. 100. Les injections intra-trachéales d'eau iodo-iodurée à 1 p. 100, qui ont guéri des cas de morve animale, ne pourraient-elles pas être tentées chez l'homme?

Le traitement général sera poursuivi parallèlement.

On a tenté, avec des succès inconstants mais réels, des injections hypodermiques d'huile créosotée à 10, 25 p. 100, d'acide phénique à 1 p. 100, et surtout de sels mercuriels solubles (sublimé) à 1 p. 100, ou des frictions mercurielles avec 1^{gr},50 d'onguent par jour; ce traitement mercuriel est associé à l'ingestion de soufre, d'eaux sulfureuses ou d'hyposulfite de soude (4 à 6 grammes par jour) de dix à vingt gouttes de teinture d'iode, et de 3 à 4 grammes d'iodure de potassium, ou 0,60 d'iodure d'amidon ou d'iodure de soufre, à des cures arsenicales... Mais, les cas qui ont guéri n'étaient-ils pas des syphilis ou des mycoses méconnues? On usera de tous les toniques, du repos, vie au grand air, de l'héliothérapie; on a encore vanté le *bi-arséniate de strychnine* (employé chez le cheval à dose de 0,20 à 0,80). Le 606 et le 914 seraient à essayer, surtout dans les formes aiguës.

Enfin, dans les formes chroniques, on a pu injecter : des doses faibles de *malléine* ou de bacilles tués : (0^{cm3},05 de malléine glycinée dans un cas de Babès tous les deux à trois jours pendant deux mois), — et de petites doses répétées de *sérum antimorveux* de bovidés préparé ou 5 à 10 centimètres cubes par jour, de *sérum génisse* non préparé pendant deux mois : les cas de Nicolle et

Dubos, etc., traités par ces dernières injections, ont guéri¹.

Bien que le pronostic soit extrêmement grave, il ne faut donc pas désespérer, et l'on doit lutter jusqu'au bout. Dans un cas de Jabowski, où toutes les lésions morveuses étaient éteintes, sauf le sarcocèle, l'ablation du testicule amena une guérison complète.

L'entourage sera prévenu de l'extrême contagiosité et du très grand danger de la maladie, afin qu'il prenne les plus minutieuses précautions, et pratique une énergique désinfection du linge, des objets souillés, etc.

4. Peyri rapporte avoir guéri un cas de morve par les injections de malléine : « Après s'être brûlé le médius, un cocher de 41 ans, eut à soigner un cheval atteint de jetage nasal. Trois autres chevaux de l'écurie moururent en peu de temps de la maladie. L'homme présenta un chancre morveux aigu du médius avec lymphangite nodulaire du membre supérieur, asthénie profonde, température vespérale 38°. Le diagnostic fut confirmé par l'épreuve de la malléine, bien que l'inoculation au cobaye soit restée négative. Après incision, cautérisation et traitement tonique, on administra la malléine à la dose de 0,1 centimètre cube d'une solution phéniquée à 4 p. 100, en alternant avec des injections d'un demi à 1 centimètre cube de la même solution diluée à 1 p. 100; on arriva progressivement à donner un demi-centimètre cube, pour revenir à la dose de 0,1. Le traitement fut continué pendant un mois entier. Le mois suivant, on fit deux injections par semaine, et le troisième une seulement. La guérison, obtenue au bout du troisième mois, s'était maintenue un an encore après et paraissait définitive. »

CHAPITRE XIII

MALADIE DE DARIER

PSOROSPERMOSE¹ FOLLICULAIRE VÉGÉTANTE

Les lésions, dues à un parasite inconnu, sont symétriques, limitées ou prédominantes aux plis articulaires, surtout aux aînes et aux organes génitaux (fig. 68), aux aisselles, à la face, à la ceinture ; elles peuvent s'étendre aux flancs, thorax, cuir chevelu, face, et envahir progressivement tout le tégument : paumes, plantes et ongles.

Au début, le malade ne remarque que des croûtes brunes, des rugosités et une teinte crasseuse, une pigmentation diffuse « qui résiste au lavage ».

Le médecin aurait pu apercevoir auparavant de petites saillies « extrêmement fines, comparables à des pointes d'épingle, sèches, brillantes, visibles seulement à jour friant, et semées sur une peau saine, dont elles ont conservé la couleur ; avec le temps, ces petites papules se multiplient et forment, par leur réunion, ces surfaces verruqueuses qui ont été plusieurs fois comparées à des verrues planes ».

Ces papules grossissantes deviennent plus ou moins hémisphériques, rouge sombre ou rouge pourpre, parfois

1. Les soi-disant parasites : coccidies ou psorospermies, qui ont donné leur nom à cette singulière maladie, ne sont que des inclusions cornées de cellules épithéliales.

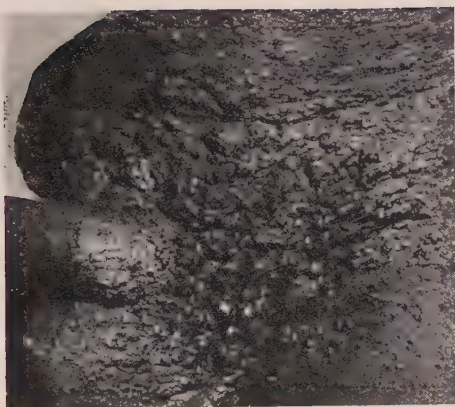


FIG. 68. — Maladie de Darier ou psorosperme folliculaire végétante, région inguino-abdominale. (*Voir page 492*).

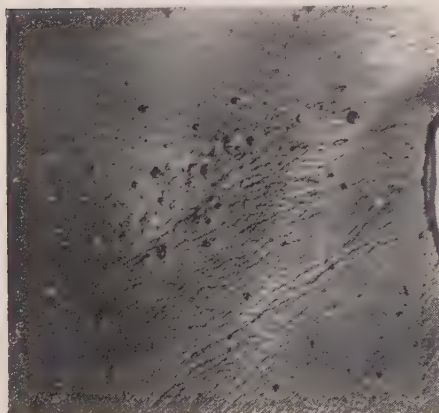


FIG. 69. — Acanthosis nigricans du creux axillaire. (*Voir page 724*).

brun noirâtre. Elles se « recouvrent d'une croûte d'un brun noirâtre ou grisâtre, fortement adhérente; cette croûte constitue une sorte de petite corne cutanée, enchassée dans une dépression infundibuliforme par une extrémité conique ou cylindrique d'un blanc sale, de consistance semi-molle et un peu grasse au doigt »; l'entonnoir ou cratère, ainsi mis à jour, « correspond manifestement à l'orifice dilaté d'un follicule pilo-sébacé », le fond exprimé laisse parfois sourdre du sebum ou du pus. Le bord annulaire est parfois exulcéré.

Les papules peuvent grossir encore, végéter, donnant des saillies papillomateuses de 5 à 25 millimètres de hauteur (fig. 68).

Presque toujours confluentes (fig. 68), les lésions âgées présentent donc un mélange de plaques végétantes plus ou moins saillantes et de papules verruqueuses recouvertes de couches sébacées ou cornées *fétides*. La peau s'épaissit, se vascularise et se pigmente, prenant une teinte vineuse et brunâtre.

L'évolution, parfois assez rapide au début, devient bientôt d'une grande lenteur. La guérison spontanée est inconnue. Il n'y a aucun trouble fonctionnel général ou local.

Le diagnostic est facile, si l'on y pense, avec les épithéliomas et l'acanthosis nigricans (v. p. 57, 724 et fig. 69), les lupus (v. p. 537), les blastomycoses (v. p. 604)..., le molluscum contagiosum (v. p. 734 et fig. 177), la séborrhée croûteuse, dont l'enduit noirâtre guérit par les savonnages, et dont les points noirs sont des comédons faciles à énucléer.

Il existe des papillomatoses voisines quoique différentes dont le diagnostic est peu important car le traitement est le même¹.

1. Voir Gougerot et Clara : Papillomatose ponctuée verruqueuse généralisée. *Annales des mal. vén.*, nov. 1917, p. 641, n° 11.

Traitement. — La radiothérapie serait à tenter d'emblée.

Sur les plaques cornées, on emploiera les bains cadiques, etc. (v. p. 228-232), les massages et savonnages soit avec des savons résorciné ou goudronnés au naphтол, soit avec un mélange de savon noir additionné de 1 à 10 p. 100 de soufre, 1 à 5 p. 100 de résorcine (p. 359); en cas d'échec on tentera les pommades fortes des psoriasis (v. p. 236), en calmant l'irritation dès qu'elle est trop forte, par une pâte de zinc

Les végétations seront détruites avec des caustiques : nitrate d'argent, acide arsénieux (v. p. 653), ou par la curette et l'air chaud (v. p. 654).

CHAPITRE XIV

TUBERCULOSES CUTANÉES

Tuberculose et « tuberculides » ; entre elles, il n'y a que des différences de degré, p. 497.

= I. LES LUPUS :

— 1° LUPUS TUBERCULEUX VULGAIRES, p. 498. — I. **Importance du diagnostic précoce du lupus** : Signes diagnostiques, p. 498 ; formes cliniques, p. 500 ; évolution et complications, p. 508.

II. **Discussion des erreurs de diagnostic** : « Lupus » syphilitiques, mycoses, sycosis, etc., p. 505.

III. **Nécessité d'un traitement immédiat et prolongé**, p. 503.

IV. **Nécessité de préciser la pathogénie d'un lupus pour conduire le traitement** : les repaires endonasaux, etc., p. 508.

V. **Choix d'un traitement local adapté à chaque cas et utilité des alliances thérapeutiques**, p. 510 :

1° Traitement des lupus des régions esthétiques par la méthode de choix : la *Finsentherapie*, p. 511.

2° Traitement des lupus des régions esthétiques par les *scarifications* linéaires et les cautérisations au *permanganate de potasse*, p. 514.

3° Traitement des grains isolés résiduels, par la *galvano-cautérisation*, p. 519.

4° Traitement des régions lupiques éléphantiasiques, p. 519.

5° Traitement des régions fibreuses et chéloïdiennes, par la *radiothérapie*, p. 521.

6° Traitement des lupus et segments lupiques végétants, suintants ou ulcérés, infectés, suppurants, p. 521.

7° Traitement des lupus des muqueuses et demi-muqueuses, p. 523.

8° Traitement des grands lupus des régions non esthétiques, ou des lupus rebelles des régions esthétiques, p. 524.

9° Traitement des petits lupus des régions non esthétiques, p. 526.

10° Traitement de pis-aller : les caustiques chimiques, p. 526.

VI. Inconvénients des mauvais traitements pour les traitements ultérieurs et pour la beauté de la cicatrice, p. 528.

VII. Importance d'un traitement général interne prolongé. p. 529; traitements tuberculiniques, p. 533: traitement hydro-minéral, p. 535.

VIII. Longueur et difficulté du traitement. Nécessité d'une longue période de surveillance, p. 535.

Formes voisines : tuberculose sarcoïde dermique, ou lupôide multiple bénigne de Bœck-Darier, p. 536.

— 2° LUPUS OU TUBERCULOSES VÉGÉTANTES ET VERRUQUEUSES, 537.

Formes voisines : leucoplasies surtuberculeuses; épithéliomas, p. 540.

— 3° LUPUS ÉRYTHÉMATEUX, p. 541; signes diagnostiques, p. 541; formes cliniques, p. 542; diagnostic, p. 543; évolution, p. 545; formes aiguës, p. 545; *Traitement*, p. 546: cryothérapie par la neige carbonique, p. 547.

Formes voisines : pityriasis rubra pilaire; pityriasis rubra grave; parapsoriasis; atrophies cutanées, p. 550.

— 4° LUPUS PERNIO, p. 551.

Formes voisines, p. 551; plaques violacées (angiodermites); nævus a pernion ou angiokératome; acroaphyxie et engelures à répétition.

== II. TUBERCULOSES GOMMEUSES :

— 1° GOMMES TUBERCULEUSES : HYPODERMIQUES, p. 552; LYMPHANGITIQUES, p. 553; DERMiques, p. 554: traitement, p. 555.

Formes voisines : tuberculoses sarcoïdes, p. 558; ulcère de jambe tuberculeux, p. 559.

— 2° ERYTHÈMES INDURÉS DE BAZIN, p. 559.

== III. TUBERCULOSE MILIAIRE ULCÉREUSE AIGUE, p. 562.

== IV. TUBERCULOSE A PETITS NODULES DERMiques.

— 1° LICHEN SCROFULOSORUM, p. 564.

Formes voisines : L'eczéma scrofulosorum, p. 566.

— 2° TUBERCULIDES PAPULO-NÉCROTIQUES ET PAPULO-PUSTULEUSES, p. 566.

Formes voisines, p. 568.

Polymorphisme des tuberculoses cutanées : Il faut encore ajouter des tuberculoses fibreuses : fibromes, chéloïdes, sclérodermies, etc.; des tuberculoses tumorales : lymphadénomes, sarcomes tuberculeux, p. 569, etc.

Tuberculose cutanée, symptôme avertisseur, p. 569.

Le problème est dominé par la notion de tuberculose avec les conséquences thérapeutiques pronostiques et souvent prophylactiques qui en découlent¹.

Le diagnostic de tuberculose cutanée est un des diagnostics les plus importants de la dermatologie, en raison des traitements spéciaux qui s'attachent à chaque forme de tuberculose cutanée, et souvent c'est un diagnostic des plus difficiles, en raison du polymorphisme des lésions. En effet, les formes cliniques sont innombrables et, à côté des tuberculoses incontestées, il faut encore ranger les « tuberculides » ou « dermatoses développées sur terrain tuberculeux ». Beaucoup de ces tuberculides sont de véritables tuberculoses atténuées, bien que certains auteurs le contestent encore, sous prétexte que ces tuberculoses n'ont pas la structure classique du tubercule avec ses follicules, cellules géantes, etc., qu'elles ne tuberculisent pas constamment le cobaye, qu'elles ne réagissent pas à coup sûr aux injections de tuberculine. Mais ces critères sont souvent en défaut dans les tuberculoses cutanées les mieux admises, dans les lupus même, parce que ce sont déjà des tuberculoses atténuées ! Il n'y a, entre les tuberculoses et les tuberculides, que des différences de degré et on retrouve entre elles tous les faits de transition².

1. Les ulcérations lupiques, par exemple, sécrètent des produits virulents pour les animaux, donc susceptibles d'infecter l'entourage.

2. Ceux que cette passionnante question des tuberculoses cutanées intéresse trouveront l'essentiel dans : Gougerot, *Bacillo-tuberculoses non folliculaires* (Félix Alcan, éditeur). — *Gazette des Hôpitaux*, 1906, n° 93, 96, 98. — État actuel de la démonstration des tuberculoses cutanées, *Biologie médicale*, juin 1912, n° 6, p. 242, et Gougerot et Laroche : Étiologie et pathogénie, etc. *Gazette des Hôpitaux*, 27 janvier et 3 février 1912, n° 11 et 14; reproduction expérimentale, *Arch. de méd. expér.*, sept. 1908, n° 5, p. 581 (16 fig.).

*
* *

Première série : LES LUPUS

1° *Lupus vulgaire*, p. 498; 2° *Lupus scléreux ou tuberculeux végétantes et verruqueuses*, p. 537; 3° *Lupus érythémateux*, p. 541; 4° *Lupus pernio*, p. 551.

1° LUPUS VULGAIRE

Le lupus tuberculeux (lupus vulgaire, lupus willanique) est l'une des tuberculoses cutanées les plus fréquentes et les plus importantes en pratique, car plus le diagnostic est précoce, plus facile et plus efficace est le traitement, plus rapide et plus certaine est la guérison. Or, le lupus commence toujours par une lésion petite et circonscrite, facile à détruire à ce début; il progresse très lentement et reste limité pendant des années; aussi devrait-il être reconnu dès les premiers mois, afin de simplifier le traitement. Ce traitement devrait être poursuivi méthodiquement et patiemment et l'on ne devrait plus voir de ces lupus étendus à tout le visage, qui rendent si ingrate la thérapeutique des lupus.

Les méthodes de traitement étant multiples (ce qui prouve leur imperfection), le médecin est souvent embarrassé; chaque traitement comportant des avantages et des inconvénients, il faut choisir les méthodes qui s'appliquent le mieux à tel cas clinique particulier.

Les points sur lesquels nous voudrions insister dans le traitement des lupus sont les suivants :

I. Importance du diagnostic *précoce* du lupus.



FIG. 70. — Lupus tuberculeux, plan non ulcéreux, repullulation des tubercules dans la cicatrice. (Voir page 500).

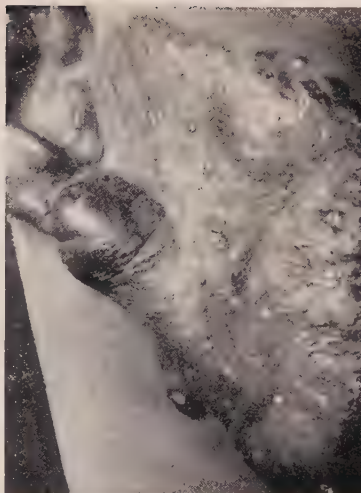


FIG. 71. — Lupus tuberculeux tuberculeux hypertrophique « myxomateux ». (Voir page 500).

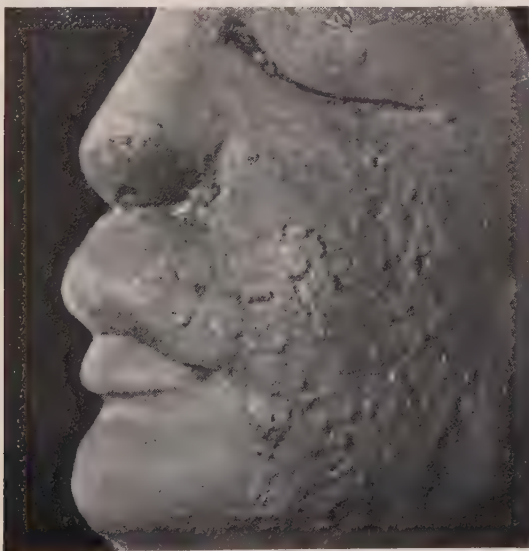


FIG. 72. — Lupus diffus hypertrophique ulcéré nodules lupiques abcédés avec éléphantiasis tuberculeux de la lèvre supérieure. Voir pages 500 et 501.



II. *Discussion des erreurs de diagnostic : « lupus »* syphilitiques, sporotrichosiques, etc.

III. Nécessité d'un traitement immédiat et prolongé.

IV. Nécessité de préciser la *pathogénie* d'un lupus, pour conduire le traitement.

V. Choix d'un *traitement local adapté à chaque cas et utilité des alliances thérapeutiques*.

VI. Inconvénients des mauvais traitements pour la *beauté de la cicatrice* et pour l'application des *traitements ultérieurs*.

VII. Importance du *traitement général interne*.

VIII. Longueur et difficultés du traitement. *Nécessité d'une longue période de surveillance après la guérison*.

I. Importance du diagnostic précoce du lupus. — *En raison de la lenteur de tous les traitements du lupus, de la facile et rapide guérison des lupus limités, des difficultés de combattre les lupus étendus, il importerait que le diagnostic de lupus fût posé dès le début. Il serait à souhaiter que les médecins discutent ce diagnostic devant toute lésion chronique de la peau : toute lésion qui dure plus de trois mois fixe ou en s'étendant, devrait faire penser systématiquement au lupus.*

Signes diagnostiques et formes cliniques. — Ce diagnostic de lupus est facile si l'on y pense ; en effet, quelle que soit la forme clinique du lupus (et elles sont innombrables), qu'il s'agisse de lupus plan, élevé, squameux, psoriasiforme, impétiginoïde, eczématiforme, ulcéré, etc., toujours on retrouve la même *lésion élémentaire*, le *nodule lupique* qui impose le diagnostic.

Les nodules lupiques (fig. 70, 71, 72, 73) sont de petits « grains » de 1 à 3 et 4 millimètres, parfois davantage,

saillants ou non, isolés ou confluents, rouges ou rouge orangé au premier abord, orangés (gelée de pomme, sucre d'orge), ou gris-jaunâtres (lard ranci) à la « vitro-pression¹ » et demi-transparents. Inclus dans le derme, donc sous-épidermiques, ils sont recouverts par un épiderme tantôt presque normal, tantôt altéré et squameux, qui les laisse voir par transparence. Ils sont mous et sensibles à la pression. Pour s'assurer de la mollesse des grains lupiques, il suffit d'enfoncer à leur intérieur, perpendiculairement à l'épiderme, une petite aiguille de scarificateur : après avoir crevé l'épiderme qui donne l'impression d'une membrane tendue, on tombe dans une cavité molle, où il est facile de tourner et retourner l'aiguille aplatie du scarificateur.

Souvent les grains lupiques sont masqués soit par la rougeur et l'infiltration du derme, soit par l'épaississement et la desquamation de l'épiderme ; il faut savoir les chercher. On enlève les squames à la pince ou par tout autre moyen, et on les rend transparentes en les enduisant de vaseline ou de tout autre corps gras ; puis on explore la région malade avec un verre de montre que l'on appuie sur le lupus et qui, chassant la rougeur, permet de voir les nodules orangés demi-transparents du lupus.

En résumé, petitesse, teinte orangée ou grisâtre translucide à la vitro-pression, mollesse à l'aiguille du scarificateur, sensibilité à la palpation, tels sont les caractères cardinaux de la lésion élémentaire des lupus tuberculeux.

Les grains et infiltrats lupiques peuvent s'accompagner de réactions très diverses qui rendent innombrables les *formes cliniques* du lupus :

Le lupus peut envahir **toutes les régions** et, dans chaque région, revêtir tous les aspects. Il est surtout fréquent à la

1. La vitro-pression consiste à appuyer sur la lésion le côté convexe d'un verre de montre, on regarde la lésion à travers le verre.



FIG. 73. — Lupus vulgaire ulcéreux et mutilant, ulcéro-croûteux et tuberculo-gommateux, squameux, repullulant. (Voir page 500).

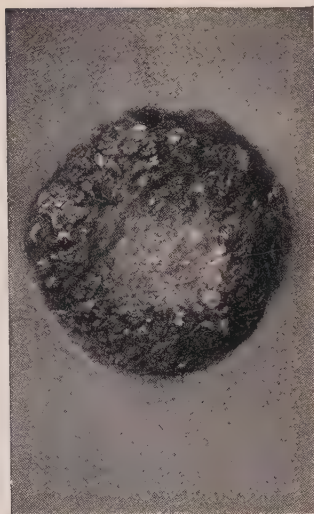


FIG. 74. — Lupus tuberculeux des membres, à centre cicatriciel, à bords ulcéreux suintants, croûteux impétiginoides. (Voir page 500).

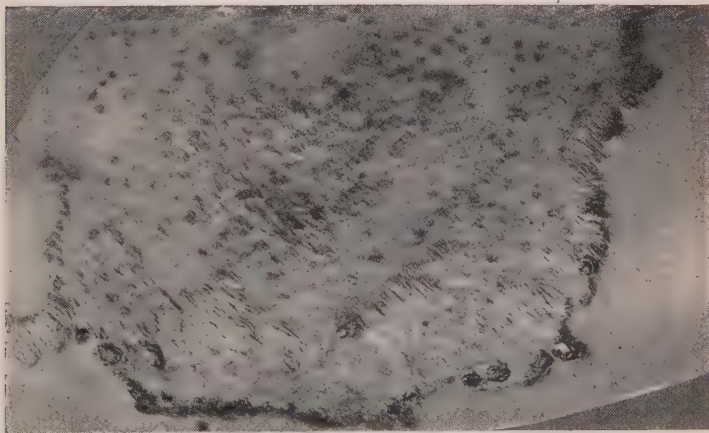


FIG. 75. — Lupus tuberculeux, serpigineux, papuleux, non ulcéreux, à centre cicatriciel semé de nombreux nodules lupiques. (Voir pages 499 et 501).

face, au nez, qui est un des sièges de prédilection, à la lèvre supérieure, aux joues, aux oreilles, qu'il peut détruire; il ronge les narines (fig. 73), sans entamer l'os, au contraire de la syphilis; il peut rétrécir les narines, la bouche, les paupières, les éverser en ectropion, envahir la conjonctive, aveugler l'œil. Il est au contraire exceptionnel au cuir chevelu (à l'inverse du *lupus érythémateux*). Il est fréquent au cou, rare sur les membres (fig. 74 et 75) et sur le tronc.

Le *lupus des muqueuses* est très fréquent : fosses nasales, sacs lacrymaux, bouche, gencives (fig. 78), voile du palais, langue, larynx. On l'a signalé au pénis, à l'anus, à la vulve, où il constitue un grand nombre des anciens esthiomènes. Le diagnostic est facile si l'on y pense, car l'aspect est le même que sur le tégument cutané : nappe mamelonnée rouge orangé légèrement saillante (fig. 78) et l'on retrouve à la vitro-pression les mêmes grains lupiques : tantôt la muqueuse est rouge, mamelonnée irrégulièrement; tantôt elle s'exulcère, se recouvrant d'un mince voile grisâtre ou restant nue, fongueuse, orangée, blafarde; tantôt elle s'ulcère, l'ulcération devient parfois fongueuse végétante ou, au contraire, elle creuse, devient térébrante et phagédénique.

Les **modes de groupement** varient à l'infini :

— *Lupus* à grains isolés, irrégulièrement disséminés : grains petits ou gros de même taille, ou grains inégaux, plans ou saillants, lisses à épiderme luisant ou squameux, ou squamo-croûteux, rarement ulcéré.

— *Lupus* agminé à grains confluent, formant une seule masse arrondie (*Lupus nummulaire*, discoïde) (fig. 74), ou plus souvent un archipel irrégulier, entouré de grains isolés.

— *Lupus* à îlots irréguliers, etc.

L'**aspect du lupus** est très variable : les nodules peuvent être saillants au-dessus de l'épiderme environnant (*L. élevé*), souvent même très saillants (*L. papuleux*) (fig. 72 et 75), formant parfois des placards jaunâtres demi-transparents (*L. turgescents* et *tumidus non exedens*) ou aggro-

mérés en masses mollasses gélatiniformes, assez souvent recouvertes de fins vaisseaux : (L. myxomateux sur le lupus de la figure 74 les masses lupiques orangées demi-transparentes forment, au bord du lupus, surtout au-dessous du pavillon de l'oreille, de gros bourrelets, tandis que le centre est affaissé, cicatriciel, parsemé de rares nodules lupiques gros, orangés ou squameux). Au contraire, les nodules peuvent ne faire aucune saillie, être de niveau avec la peau (L. plan fig. 70).

Le lupus est plus ou moins coloré : tantôt sa teinte est pure, jaune orangé; tantôt elle est rouge, les grains sont noyés dans l'érythème; parfois l'élément érythémateux déborde de si loin les nodules, que l'on a admis l'existence d'un mélange de lupus vulgaire et de lupus érythémateux (L. érythémato-tuberculeux); parfois l'œdème est marqué (L. œdémateux) et la rougeur diffuse s'accompagne d'infiltration notable du derme, qui est rouge turgide. Certains lupus congestifs du bout du nez, violacés et froids, servent de transition au lupus pernio; parfois les vaisseaux sont si développés que l'on a pu croire de loin à un angiome érectile (L. angiomateux), etc.

L'épiderme peut être à peine altéré, laissant transparaître les grains lupiques; il peut être au contraire lésé :

— Lupus squameux, eczématiformes, pityriasiformes, psoriasiformes, etc.

— Lupus suintants recouverts de croûtes jaunes impétiginoïdes (fig. 74).

— Lupus ulcéreux (*lupus exedens*, fig. 72 et 73). Tantôt l'ulcération se forme insensiblement par l'érosion des grains lupiques (fig. 72). Tantôt elle se constitue sous des squames ou des croûtes simulant l'impétigo ou l'ecthyma (fig. 73). Tantôt l'ulcération résulte de la fonte caséuse de grains confluent ou isolés simulant l'acné (fig. 72), véritables abcès froids minuscules s'ouvrant à l'extérieur. Tantôt elle est hâtée par des infections secondaires, etc. Ces ulcé-

rations sont fixes ou serpigineuses (L. ulcéreux serpigineux), tantôt peu profondes (fig. 72), irrégulières, à bords déchiquetés rouges ou orangés, infiltrés, mollasses, à fond fongueux blafard, tantôt profondes (fig. 73) et même térébrantes (L. phagédénique). D'autres fois elles bourgeonnent (lupus bourgeonnant). D'autres fois elles creusent (L. vorax).

— Lupus végétants, papillomateux, souvent recouverts de croûtes jaunes ou brunâtres, suintants, fissurés (v. p. 537).

— Lupus verruqueux, scléreux, papillomateux, squameux et « secs » (v. p. 537).

— Lupus éléphantiasiques (fig. 72), etc.

Il faut encore tenir compte de toutes les modifications apportées au lupus par les traitements : bandes fibreuses et chéloïdiennes dues au thermocautère et aux caustiques chimiques, — ulcérations torpides des radiodermites aiguës, — cicatrices amincies et fragiles, taches pigmentées et arborisations vasculaires des radiodermites chroniques, etc.

Évolution et complications. — La marche est non moins variable que l'aspect clinique : elle est presque toujours très lente, se chiffrant par années, débutant dans le jeune âge ou dans l'adolescence, pour se poursuivre dans l'âge adulte et jusqu'à la vieillesse la plus avancée, envahissant toute la figure, le cou, etc.

— Le lupus peut rester stationnaire pendant des mois ou progresser, tantôt lentement, tantôt par à-coups, sans causes connues ou à la suite d'une rougeole, d'une variole, d'une grossesse, d'un allaitement. Parfois il guérit d'un côté pour s'étendre de l'autre.

— Il a d'ordinaire une marche centrifuge, le centre s'affaisse, tend à se cicatriser. Cette cicatrice centrale est rarement guérie; le plus souvent, il persiste des grains lupiques isolés et l'épiderme reste squameux (fig. 70, 71, 74, 75). Les lésions en activité sont plus ou moins éten-

dues, formant parfois un ruban étroit (L. marginé, L. linéaire, L. circiné, L. annulaire, L. serpigineux : fig. 75); ou se fragmentant en îlots épars (L. en corymbe).

— Il essaime souvent des grains à la périphérie et parfois des îlots à distance, etc.

— Enfin il peut s'ulcérer (v. ci-dessus *lupus exedens*, p. 502 et fig. 72, 73).

Cette lente évolution peut se compliquer de plusieurs accidents :

— *Poussées aiguës*. — Ces poussées s'accompagnent de tuméfaction, rougeur intense du lupus et de douleurs, fièvre, malaise général; elles ressemblent aux réactions que déterminent, chez les lupiques, des injections sous-cutanées de doses moyennes ou fortes de tuberculine et, de fait, après la disparition de ces poussées, on peut observer des guérisons partielles.

— *Adénite tuberculeuse régionale* assez fréquente : souvent les ganglions restent indurés et guérissent; parfois ils se ramollissent, ulcèrent la peau et la fistule tuberculeuse peut être l'occasion d'un nouveau lupus cutané. Ces adénites seront traitées comme des gommes tuberculeuses (v. p. 555).

— *Envahissement viscéral*. — Le fait est rare : d'ordinaire, il s'agit de tuberculose torpide et tardive, osseuse, pulmonaire ou autre, que l'on traitera par les méthodes habituelles : repos, grand air, héliothérapie surveillée. Les formes graves sont très rares : péritonite, tuberculose pulmonaire ulcéro-caséuses. Les tuberculoses aiguës terminales : granulie, méningite, sont tout à fait exceptionnelles.

— *Infections secondaires* : Érysipèle, lymphangite, ecthyma. Les érysipèles des lupiques sont remarquables par leur bénignité, leur courte durée, leur tendance à récidive. Souvent ils ont sur le lupus une action curatrice heureuse, au

point qu'autrefois, certains auteurs inoculèrent de la sérosité d'érysipèle à leurs lupiques! Les pulvérisations sont le traitement le plus simple, mais à la convalescence d'un érysipèle, il faut attendre avant de reprendre un traitement qui « entame » l'épiderme.

— *Epithélioma*, exceptionnel autrefois, moins rare depuis la radiothérapie à doses répétées : un segment lupique qui était infiltré ou squameux, s'élève, s'ulcère et prend l'aspect typique de l'épithéliome. On traite ces épithéliomatisations, soit par la destruction thermique avec ablation consécutive et réunion par première intention (v. p. 524), soit par une à trois très fortes doses de rayons X filtrés.

Rien n'est donc plus variable qu'un lupus. Toutes les combinaisons sont possibles : de topographie, de forme, de configuration, de relief (lupus plan, lupus élevé), de surface (conservation de l'épiderme : lupus non exedens ; ulcération : lupus exedens), d'évolution : fixité, marche centrifuge, etc. ; et sur un même lupus, on peut retrouver plusieurs formes réunies.

II. — Discussion des erreurs de diagnostic : Lupus syphilitiques, etc. — Devant toute lésion chronique en nappe, il faut penser au lupus tuberculeux, mais inversement on doit devant tout lupus songer aux erreurs de diagnostic possibles : surtout à la syphilis, qui, de tout point, peut simuler le lupus ; c'est là, en effet, le diagnostic le plus important, en raison de la fréquence des erreurs et des conséquences thérapeutiques ; le cas échéant, si l'on craint un hybride tuberculo-syphilitique, on n'hésitera pas à instituer le traitement antisyphilitique (voir *Traitement de la syphilis en clientèle*, p. 326) ; la biopsie n'est d'aucun secours pour trancher le doute.

Le diagnostic est souvent difficile avec :

— *Sycosis lupoïde* : lésion limitée aux régions velues de la figure, tachetée de folliculites suppurées à sa périphérie, d'évolution plus rapide (v. p. 408), — et *acné colloïde* que l'on a pu confondre avec le lupus à grains isolés (v. p. 735).

— *Sporotrichose* : l'évolution est beaucoup plus rapide, les nodules plus gros sont opaques, ne ressemblent pas aux grains lupiques, ils tendent à suppurer et à s'ulcérer (fig. 109); le pus en culture donne des colonies de *Sporotrichum* (v. p. 596 et fig. 107).

— *Blastomycose* : les placards sont plus saillants, limités par des bords en rempart, souvent nettement curvilignes; la surface végétante ou papillomateuse ressemble, tantôt à une tuberculose verruqueuse que l'on sait très rare à la face, tantôt à un épithélioma. Le début se fait par des sortes de pustulettes acnéiques, le pus contient des cellules levures, il n'y a pas de grain lupique (v. p. 604).

— *Clou de Biskra* (fig. 104) : lésion plus limitée, d'évolution plus rapide, ulcération arrondie, plus mamelonnée, croûte plus adhérente, étiologie algérienne ou exotique, sérosité contenant la *Leishmania furunculosa* ou *tropica* de Wright¹.

1. Le traitement du clou de Biskra est encore discuté. On a tenté les injections intraveineuses de 606 et 914 (voir *Traitement de la syphilis*) et surtout d'émétique (voir p. 539. note 1). Ces injections comportant des risques, Laveran les réserve aux cas graves ulcéreux ou à lésions multiples. Dans les cas habituels bénins, il recommande avec Castellani une douzaine d'injections intramusculaires quotidiennes de 0,5 à 1 cm³ de la solution suivante d'émétique (tartre stibié 1 gr., glycérine 30 gr., solution phéniquée à 2 p. 100 40 gr., facultativement, bicarbonate de soude 0 gr. 05), et l'ingestion du même corps : « trois fois par 2 cuillerées à thé d'une solution de tartre stibié contenant du bicarbonate de soude, de la glycérine en petite quantité et de l'eau chloroformée. »

De multiples médications locales ont été tentées : — pommade contenant 2 à 10 p. 100 de tartre stibié; — injections locales de

Le diagnostic est facile avec les affections suivantes :

— La lèpre offre des nodules plus gros, plus durs et plus saillants, fauves ou violacés, opaques, insensibles à la piqûre (v. p. 573 et fig. 95 à 100).

— Le rhinosclérome, limité d'abord au nez et à la lèvre supérieure, infiltre en masse et sa consistance est très dure, cartilagineuse (v. p. 583 et fig. 102).

— L'actinomycoïse donne des nodules plus volumineux entourés d'un infiltrat dur, ligneux et qui se fistulisent, laissant écouler du séro-pus et des grains jaunes; les lésions buccales et le trismus sont fréquents (v. p. 608 et fig. 115, 116).

— La morve, qui peut commencer, elle aussi, par le nez, est caractérisée par des gros nodules rouges-violacés qui ne tardent pas à se ramollir, ulcèrent la peau, laissent des ulcérations profondes mutilantes, à fond purulent, à bords violacés, mollasses, irréguliers (v. fig. 65 et p. 487, Diagnostic bactériologique, v. p. 488).

Les erreurs parfois commises avec l'impétigo, l'érysipèle, l'eczéma, le psoriasis, etc., sont des fautes d'inattention;

914 ou d'émétique — radiothérapie — caustiques chimiques. Les caustiques les moins mauvais sont : — permanganate de potasse en poudre (douloureux) ou en pommade au 1/20; — bleu de méthylène, vaseline, lanoline à à —; acide borique additionné de 1/15 de chlorure de chaux frais pulvérisé (3 fois en vingt-quatre heures pendant 3 à 4 jours), puis pansement avec pâte au sous-carbonate de fer; — pommade contenant 1/8 de salicylate de méthyle. En cas d'échec, le mieux est de faire l'aérothermocautérisation à 750° (Vignat.)

Il ne faut pas oublier que le bouton d'Orient guérit spontanément en conférant une immunité incomplète mais réelle et l'on peut se demander avec Laveran si cette immunité sera acquise avec des boutons traités par une médication abortive.

La meilleure prophylaxie est d'éviter tout contact avec les hommes et les animaux infectés, de se protéger contre les piqûres d'insectes, et d'ioder toutes les écorchures et piqûres d'insectes.

il suffit, dans un cas douteux, d'attendre la fin de la poussée aiguë et de faire tomber les squames pour trouver les grains caractéristiques des infiltrats lupiques.

En définitive, c'est donc toujours la recherche des grains caractéristiques qui imposera le diagnostic.

III. Nécessité d'un traitement immédiat et prolongé.

— Quelques lupus s'arrêtent, se cicatrisent et semblent guérir ; mais bien qu'on la dise possible, la guérison spontanée, c'est-à-dire sans traitement local, doit être très exceptionnelle, et il ne faut, en aucun cas, compter sur elle : chaque fois que l'on m'a montré des lupus spontanément guéris, j'ai pu découvrir dans la cicatrice des grains lupiques vivants et ces lupus récidivent presque constamment. Il importe donc de ne pas se fier à l'évolution naturelle du lupus, il faut traiter le lupus dès qu'il est diagnostiqué.

D'autre part, si la cicatrice spontanée d'un lupus est parfois satisfaisante, au point de vue esthétique, le plus souvent elle est fibreuse, épaisse, laide, parfois même chéloïdienne ; il faut donc surveiller la cicatrisation d'un lupus.

Enfin, tant qu'il persiste un grain lupique et que l'on n'a pas pu détruire le dernier vestige de tissus tuberculeux, il faut redouter la récurrence et celle-ci, quoique lente à venir, est presque constante ; il ne faut donc abandonner le traitement local que lorsque la guérison est complète.

IV. Nécessité de préciser la pathogénie d'un lupus pour conduire le traitement.

— C'est là une règle qui, pour être évidente, est souvent, trop souvent méconnue : de nombreux exemples de pratique courante montrent tous

les déboires qui attendent malades et médecins lorsqu'on néglige cette règle :

Tantôt le lupus résulte d'une inoculation cutanée, à la joue par exemple ; il suffit de traiter la lésion cutanée.

Tantôt, et plus souvent, le lupus commence par les fosses nasales ; c'est qu'en effet, le nez est un filtre qui arrête les poussières inspirées : des poussières bacillifères peuvent s'y fixer, les bacilles s'y développent, créant une tuberculose endonasale, qui lentement va envahir de proche en proche le tégument (lupus du nez), remonter le long des canaux lacrymaux et ressortir sous forme de lupus du coin de l'œil, gagner le voile du palais et le bucco-pharynx... et même l'épiglotte et le larynx. Or, que l'on néglige ce foyer initial, que l'on ne traite que le lupus « visible », c'est-à-dire le lupus cutané, on le guérira plus ou moins lentement, mais après guérison la récurrence sera certaine, car le foyer muqueux endonasal persiste et reensemence à la peau. J'en ai vu des exemples nombreux, même après ablation du nez lupique et remplacement autoplastique par de la peau saine provenant du front ou du bras.

Tantôt le lupus siège à l'oreille et succède à un de ces écoulements torpides, « insignifiants », d'otite moyenne chronique si souvent bacillaire. Là encore la récurrence est constante si on ne tarit pas l'otorrhée.

Tantôt le lupus s'est développé dans la peau qui recouvre des ganglions scrofuleux ou autour de fistules tuberculeuses actives ou cicatrisées ; il faut se méfier et la guérison ne sera certaine que si l'on guérit en même temps le foyer ganglionnaire ou osseux qui a ensemencé la peau.

La règle de pratique est donc absolue : *il faut recons-*

tituer la pathogénie de tout lupus, chercher son point de départ, explorer les cavités nasales, buccale, auriculaires, les régions ganglionnaires; et, s'il existe des lésions en ces points, les traiter aussi énergiquement que possible, en même temps que le lupus cutané, dont elles sont l'origine.

V. Choix d'un traitement local adapté à chaque cas et utilité des alliances thérapeutiques. — Les « bons traitements » du lupus sont nombreux, tous ont leurs avantages et leurs inconvénients¹; il faut donc savoir choisir suivant chaque cas, et surtout il faut savoir allier les méthodes afin d'aller plus vite. On doit prendre à chaque méthode ce qu'elle a de bon, les combiner au lieu de les opposer, comme font les faiseurs de statistiques.

Le choix variera : 1° suivant le siège du lupus en région esthétique ou en région « inesthétique »; 2° suivant la grandeur ou la petitesse des lésions; 3° suivant la forme anatomique : suivant que le lupus est ulcéré ou non, propre ou suppurant, fibreux, éléphantiasique, muqueux... Dans chaque catégorie il faudra tenir compte, enfin, des ressources instrumentales du médecin : le traitement à la campagne, chez un malade isolé, est loin d'être aussi facile que dans un centre hospitalier muni de tous les perfectionnements.

1. Je ne parle que des traitements dont j'ai l'expérience : je ne fais que rappeler des méthodes excellentes dont je n'ai pas la pratique : radiumthérapie, scarifications et haute fréquence préconisées par Zimmern et Louste, etc. Quant à la radiothérapie employée seule, ce que j'en ai vu ne m'a pas enthousiasmé : ou les doses ont été fortes et elles ont ulcéré provoquant un ulcère récurrent, douloureux très lent à guérir, laissant une cicatrice peu esthétique, ou les doses ont été faibles mais répétées et il en résulte une radiodermite chronique avec télangiectasies, taches pigmentées, épiderme très fragile, etc., vraiment disgracieuse.

1° TRAITEMENT DES LUPUS DES RÉGIONS ESTHÉTIQUES
PAR LA MÉTHODE DE CHOIX : FINSENTHÉRAPIE.

La méthode de Finsen¹ est le traitement idéal des lupus de la face et des espaces interdigitaux, car c'est elle qui donne les cicatrices les plus belles, les plus fines, les plus souples, les plus blanches; on devrait même dire absence de cicatrice, car la peau redevient une peau normale parfaite au point de vue esthétique. La Finsenthérapie a, en outre, l'avantage d'être indolente, ce qui permet de l'appliquer facilement aux enfants et de n'avoir aucune contre-indication. Mais à côté de ces avantages incontestés, elle comporte les inconvénients suivants : 1° nécessité d'une installation coûteuse et frais élevés de la marche de l'appareil, réduisant le plus souvent son emploi aux milieux hospitaliers; 2° perte de temps et d'argent imposée aux malades par la longueur des séances et la nécessité de les répéter. Ces inconvénients, en réalité, ne doivent pas compter lorsqu'il s'agit d'un lupus de la face, où il faut obtenir une belle cicatrice. En effet, 1° le malade sera traité à l'hôpital, et s'il ne peut venir à l'hôpital, il est facile d'improviser un Finsen avec la lumière solaire, ainsi que nous l'indiquerons; 2° le traitement est évidemment très long, *mais il n'est pas plus long que les autres traitements* dits esthétiques, et il est incomparablement supérieur dans ses résultats.

Pour atténuer les inconvénients de la lenteur de la

1. C'est le traitement par les rayons violets et ultraviolets de la lumière solaire ou de l'arc électrique. Ces rayons sont débarrassés des rayons caloriques qui produiraient une brûlure banale, par un courant d'eau, et concentrés par un système très simple de lentille de quartz; le quartz en effet n'arrête pas les rayons utiles.

cure, il faut réserver la Finsenthérapie aux lupus de la face, et, si possible, l'allier à d'autres méthodes. C'est pourquoi nous avons l'habitude : 1° de *faire des scarifications linéaires sur tout le lupus ou sur un grand segment*; 2° *immédiatement après, des séances de Finsenthérapie sur la plus grande surface possible*; 3° *après les séances de Finsen, des cautérisations avec le permanganate au 1/10.*

Pour permettre à tous de bénéficier des bienfaits de la Finsenthérapie, il faut savoir improviser un appareil lorsque le malade ne peut se rendre à un hôpital organisé.

Un « Finsen » improvisé utilise la lumière solaire et se compose :

1° D'une grande lentille biconvexe ou plan convexe de 25 centimètres de diamètre, monté sur un pied et mobile sur son axe horizontal; cette lentille est formée de deux immenses verres de montre convexes réunis dans un anneau métallique de 5 centimètres de large, percé d'un trou à sa partie supérieure. Il existe donc un espace vide entre ces deux lames de verre; on le remplit d'eau distillée que l'on teinte souvent d'une trace de bleu de méthylène.

2° D'un « compresseur en quartz » formé de deux lames de quartz, séparé par un espace vide où circulera un courant d'eau froide.

3° D'un réservoir d'eau pour cette circulation dans le compresseur, — d'un lit ou chaise pour le malade, — d'un support pour la lentille, par exemple, un escabeau.

Le traitement n'est possible que si le soleil luit. Le malade est immobilisé dans un fauteuil avec appuie-tête, ou mieux, étendu sur une paillasse posée par terre, la tête bien immobilisée par un coussin dur; la région

irradiée est nettoyée à l'alcool et limitée par un rond de diachylon collé à la peau ; le reste du visage est protégé par une ou plusieurs épaisseurs de flanelle rouge, percée d'un trou à l'endroit de la séance. La lentille remplie de son eau distillée bleutée est orientée de façon que le faisceau lumineux converge sur le point lupique en formant une tache de 10 à 15 millimètres environ de diamètre ; on appuie, sur le point lupique, le compresseur de quartz, dans lequel l'eau courante doit circuler ; le malade et le compresseur doivent rester immobiles durant la séance, sauf à déplacer la lentille lorsque le soleil tourne. Pour tenir le compresseur, comment faire en pratique ? Le mieux est de le faire maintenir par un aide dont les yeux seront protégés par des lunettes noires foncées ; à défaut d'un aide, on essayera de le fixer par une bande élastique, ou le malade le tiendra en se guidant avec une petite glace. Chaque séance dure trente à soixante minutes, suivant l'intensité de la lumière et la délicatesse de la peau ; il faut obtenir une cloque de brûlure sans ulcération. On commencera donc par des séances courtes de 15 à 20 minutes, afin d'éviter tout ennui. Chaque séance couvre un cercle de 10 à 15 millimètres de diamètre ; dans les heures qui suivent, une cloque se forme, que l'on laisse à l'air en été, que l'on protège en hiver, autant que possible. Si elle est douloureuse, on la perce et on applique une compresse humide ou du liniment oléo-calcaire. On couvre le lupus tout entier de ces séances et on renouvelle les séances sur les mêmes points, environ tous les 8 à 12 jours. Il suffit donc, pour un petit lupus, d'une journée ou de deux demi-journées de traitement par semaine.

En résumé, *tout lupus de la face doit être traité par la*

*Finsenthérapie*¹ et cette méthode est facile à associer à d'autres procédés thérapeutiques : radiothérapie au début pour dégrossir un lupus infiltré ou fibreux, puis scarifications et cautérisations au permanganate de potasse à la période d'état, enfin galvanocautère à la fin du traitement, etc. La Finsenthérapie échoue parfois, il faut alors ne pas s'entêter et recourir à l'aérothermocautérisation (v. p. 524).

2° TRAITEMENT DES LUPUS DES RÉGIONS ESTHÉTIQUES

PAR LES SCARIFICATIONS LINÉAIRES

ET LES CAUTÉRISATIONS AU PERMANGANATE DE POTASSE.

Ce traitement, qui a l'inconvénient d'être douloureux et de nécessiter des séances répétées comme le Finsen, est un traitement excellent que nous combinons le plus souvent possible à la Finsenthérapie et que l'on doit employer isolément lorsque la Finsenthérapie est impossible. Les scarifications sont le traitement de choix dans

1. Il existe à l'hôpital Saint-Louis (de Paris) un service de Finsenthérapie, fonctionnant tous les jours de 8 heures du matin à 11 heures et de midi à 5 heures, sauf les dimanches et jours fériés. Le prix de la séance est de 4 fr. 50 pour les malades non hospitalisés. La journée d'hôpital pour les malades n'habitant pas Paris est de 4 fr. 70 en salle commune, de 7 francs en chambre particulière (pavillon Gabrielle, etc.), tous frais de traitement compris. Les malades de province trouvent donc à l'hôpital Saint-Louis à peu de frais la pension et le traitement. Pour un malade prenant beaucoup de séances, il est avantageux d'être hospitalisé. Les indigents de Paris seulement ont le traitement gratuit. Les indigents de province doivent faire des démarches auprès de leur mairie afin que la commune prenne l'engagement de rembourser leur traitement à l'Assistance publique de Paris. Ce laboratoire de Finsenthérapie dont j'ai la direction est actuellement rattaché à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté.

les lupus hypertrophiques (fig. 72), succulents élevés, mous (fig. 71), — dans les lupus fongueux, végétants, humides, exulcérés (fig. 74), — dans les lupus ulcéreux torpides (fig. 73), — dans les lupus térébrants vorax, phagédéniques —; elles sont peu utiles dans les lupus à nodules isolés (fig. 70), dans les lupus fibreux, scléreux, chéloïdiens.

Les scarifications donnent de très bons résultats, des cicatrices très belles, souples et fines : la chéloïde est tout à fait exceptionnelle. Elles peuvent être employées dans toutes les régions; ne nécessitant aucun matériel coûteux, elles sont à la portée du praticien le plus isolé.

L'instrumentation est très simple : il faut des aiguilles plates spéciales nommées « scarificateurs pour lupus », il est utile d'en avoir de différentes largeurs, des larges pour scarifier les grandes surfaces, d'étroites pour dilacérer les nodules petits et isolés. Il faut encore du coton hydrophile découpé en carrés, de l'alcool pour antiseptiser la région; de l'eau oxygénée pour arrêter le suintement sanguin; une solution aqueuse de permanganate de potasse au 1/16 pour cautériser, ou du permanganate à l'alumine.

Le malade est assis plutôt que couché, à moins qu'il ne soit par trop pusillanime, le cou entouré d'une serviette. On opère sans anesthésie¹, on aseptise avec l'alcool et

1. L'anesthésie à la stovaine n'est pratique que pour un petit lupus. L'anesthésie par congélation a le grand inconvénient de déterminer au réveil de vives douleurs, de favoriser souvent une hémorragie en nappe assez abondante et surtout de durcir les tissus (on ne sait plus où l'aiguille doit s'arrêter). Si l'on se croit forcé d'y recourir, on pulvérise de l'éther ou du chlorure d'éthyle; puis on touche la région avec un tampon trempé dans du chlorure de méthyle. Il faut se méfier des congélations trop fortes qui peuvent aboutir à l'escharre et à l'ulcération.

on sèche, le médecin se place vis-à-vis du malade, ou derrière lui, penché au-dessus de sa figure. Le scarificateur est tenu entre les doigts comme un crayon, les articulations métacarpo-phalangiennes et radio-carpiennes restant souples. On commence par la partie déclive afin de n'être pas gêné par l'écoulement du sang. Un aide tend la peau.

Sur les placards, on trace des incisions parallèles de 3 en 3 millimètres dans un même sens, puis on recommence, dans un autre sens, les mêmes incisions parallèles en les entre-croisant avec les premières, afin de former de petits losanges. On doit enfoncer le scarificateur, jusqu'au moment où l'on sent la résistance du derme ; c'est le seul temps délicat de cette petite opération et qui demande une certaine habitude. Il faut, en effet, dilacérer *tout* le tissu « mou », c'est-à-dire le tissu fongueux. On respecte le tissu sain profond, mais on doit, sur le bord, scarifier 2 à 3 millimètres des tissus environnants, non encore envahis. Il ne faut pas craindre de mettre le tissu lupique « en bouillie » et d'enfoncer jusqu'au derme résistant : c'est la seule condition de succès. Ces délabrements guérissent très rapidement, mais il faut bien prévenir le malade, pour l'aile du nez ou les paupières par exemple, que tout ce tissu lupique est destiné à disparaître et sera remplacé par une échancrure ; sinon il pourrait accuser le médecin de cette mutilation.

Dans les nodules isolés, on enfonce l'aiguille perpendiculairement et on la retourne afin de dilacérer le grain lupique.

Au fur et à mesure, on comprime avec de l'ouate la surface scarifiée qui saigne et, en remontant, on scarifie tout le lupus.

Le suintement sanguin s'arrête vite; s'il était très abondant, on imbiberait l'ouate d'eau oxygénée ou de solution forte d'antipyrine. Avec de la patience et en appuyant doucement, il est rare d'échouer. En cas d'échec, on essaierait les attouchements au perchlorure de fer, au crayon nitrate d'argent et surtout le thermocautère ou le galvanocautère portés au rouge sombre.

A moins de refus formel des malades, il faut immédiatement, ou pratiquer le traitement photothérapique, ou toucher toute la surface avec un tampon monté imbibé de permanganate de potasse au $1/16^1$, ou faire une application de :

Silicate de soude ou alumine
gélatineuse 20 gr.
Permanganate de potasse. . . . 1 à 2 gr.
[BUTTE]

Les soirs suivants, le malade alternera ces applications d'alumine avec des pansements faits avec des compresses imbibées d'une solution de permanganate au $1/100$, $1/50$, $1/30$ pendant dix à vingt minutes.

Si l'attouchement au permanganate est refusé, parce qu'il tache la peau en brun, on ordonnera des pansements humides avec des compresses imbibées de cyanure de mercure ou de sublimé au $1/1\ 000$ et des pansements à l'emplâtre. Les anciens recommandaient de recouvrir toute la surface malade avec des bandelettes imbriquées d'emplâtre rouge de Vidal pendant les premières quarante-huit heures, puis d'emplâtre de Vigo frais; on renouvelle le pansement à l'emplâtre matin et soir. Si l'emplâtre de Vigo est trop irritant et provoque une sup-

1. Auspitz employait la glycérine iodée au $1/20$.

puration trop abondante, on revient à l'emplâtre rouge¹. En alternant, pansement au cyanure et pansement à l'emplâtre, le traitement est très bien supporté; par exemple, quatre à cinq jours d'emplâtre, deux à trois jours de pansements au cyanure.

Si le lupus est intolérant, enflammé, il faut se contenter de pulvérisation, ou de lotion à l'eau bouillie ou mieux au cyanure faible; puis on poudre avec l'iodoforme, qui est excellent, mais dont l'odeur est si désagréable, ou avec ses succédanés : diiodoforme, iodol, aristol, sous-carbonate de fer, dermatol, etc.

Les séances de scarifications sont hebdomadaires, ou bi-hebdomadaires si le lupus est trop étendu pour être scarifié en totalité, en une fois. Les séances sont répétées patiemment, les lupus les plus laids, les plus fongueux et les plus ulcéreux sont les plus rapides à guérir en quinze à vingt séances. Au contraire, les lupus « propres », plans, non ulcérées, à grains isolés, sont souvent d'une ténacité désespérante, réclamant quarante, cinquante séances et souvent résistent à tous les efforts.

On a accusé les scarifications d'ouvrir les petits vaisseaux et de favoriser la généralisation tuberculeuse aux ganglions et aux viscères (Besnier). Si le danger existe, il doit être exceptionnel; on surveillera donc ses malades. Si l'on assiste à une poussée ganglionnaire, si l'on voit la tuberculose pulmonaire se manifester ou s'aggraver, on cessera les scarifications pour recourir à la photothérapie ou aux thermocautérisations.

1. Dans le cas de pansement à l'emplâtre, on cesse ce pansement 2 jours avant la nouvelle séance de scarification et on débarrasse le lupus des traces d'emplâtre en frottant avec un tampon imbibé d'éther.

3° TRAITEMENT DES GRAINS ISOLÉS RÉSIDUELS PAR LA GALVANOCAUTÉRISATION

Lorsque des grains lupiques persistent tenaces, résistant aux traitements ci-dessus, il faut s'assurer qu'il n'y a pas un foyer profond, caché, qui entretient ces nodules : le fait est fréquent au nez.

Ces nodules isolés seront détruits par des pointes de feu avec la pointe fine du galvanocautère. Le malade est couché, ou mieux assis, bien maintenu afin d'éviter les faux mouvements dus à la douleur ; on aseptise l'épiderme avec l'alcool ; *on sèche* soigneusement (car l'alcool s'enflammerait), on tend la peau et on enfonce perpendiculairement le galvanocautère porté au *rouge sombre*, et non au rouge vif, jusqu'à ce que la pointe rencontre le derme sain résistant ; on insiste trois secondes, et d'avantage s'il le faut, en remuant et tournant la pointe sur son axe afin de détruire tout le tissu mou, et en attaquant le bord du tissu sain.

Il est utile de cautériser la petite plaie ainsi produite, soit en enfonçant la pointe d'un fin crayon de nitrate d'argent, puis le crayon de zinc, soit en appliquant une goutte de permanganate au 1/16.

4° TRAITEMENT DES RÉGIONS ÉLÉPHANTIASIQUES DU LUPUS

D'emblée ou secondairement, le lupus ou plutôt certains segments du lupus prennent la forme « éléphantiasique » (fig. 72). Cette complication, qui résulte de *l'envahissement de l'hypoderme* et de la stase lymphatique consé-

cutive, est grave, car elle indique l'extension en profondeur, en des points difficiles à atteindre, et, en outre, *l'épiderme mal nourri, fragile, supporte mal les traitements locaux*, et s'ulcère facilement. Cette complication se voit surtout aux lèvres, aux joues, au lobule de l'oreille.

Pendant que sur les autres points du lupus, on continue les traitements habituels, on tentera sur ces segments éléphantiasiques d'abord la radiothérapie ou radiumthérapie filtrées, puis, si elles échouent ou si la radio-ou radiumthérapie sont impossibles, les pointes de feu profondes.

On anesthésie à la stovaïne au 1/100 en piqûres dermiques ou hypodermiques, après antiseptie à la teinture d'iode. Il faut faire des pointes de feu profondes, très profondes, de 7, 8, 10, 12 millimètres, perpendiculairement à la peau, régulièrement disposées en quinconces, plus ou moins espacées de 4 à 8 millimètres. Souvent même je transfixe en quelque sorte la lèvre; il faut éviter de trop rapprocher les brûlures afin de ne pas détruire le tissu entre les pointes de feu, sinon on aurait des eschares; or il faut obtenir le retrait des zones hypertrophiques sans perte de substance, le tissu non brûlé sert à réparer et s'il est lui-même malade, on l'attaque plus tard par la même méthode ou par un autre procédé. Afin de diminuer la douleur de la brûlure, on fait des pansements humides avec l'eau de pavot (2 lêtes pour 1000),¹ ou avec du liniment oléo-calcaire opiacé, ou avec une pommade cocaïnée, en alternant avec des pulvérisations d'eau bouillie. On ne recommence que lorsque les premières cautérisations commencent à se cicatriser ou sont déjà cicatrisées.

5° TRAITEMENT DES RÉGIONS FIBREUSES OU CHÉLOÏDIENNES DU LUPUS

Si, spontanément ou par le fait d'un mauvais traitement (pointes de feu appliquées d'emblée, caustiques chimiques) ou à la suite d'un bon traitement mal surveillé (air chaud), un segment du lupus s'épaissit, devient fibreux, dur et même chéloïdien, il faut appliquer la radiothérapie ou la radiumthérapie qui font merveille contre ces formes et font disparaître les chéloïdes.

Si les grains lupiques persistent dans la nappe scléreuse, il faut les détruire avec la pointe du galvano-cautère.

Si malgré tous ces essais le lupus scléreux persiste, il faut tenter l'ablation ou la destruction à l'air chaud (voir p. 524) en ayant soin de *faire, le lendemain de l'opération, de la radiothérapie préventive pour éviter la récidive chéloïdienne*. Si le médecin isolé n'a pas d'installation radiothérapique, il emploiera les pellicules de radium du Dr Valet d'un prix très abordable car la radio- ou radiumthérapie ne peuvent pas être remplacées par d'autres techniques.

On a encore recommandé les injections fessières d'une solution aqueuse au 1/25 de thiosinamine, 5 centimètres cubes par jour, pendant vingt-cinq à trente jours.

6° TRAITEMENT DES LUPUS OU SEGMENTS LUPIQUES, VÉGÉTANTS, SUINTANTS, ULCÉRÉS, INFECTÉS, SUPPURANTS

Faute de soin ou après des traitements mal dirigés par le thermocautère ou les caustiques chimiques, les lupus

peuvent s'ulcérer, s'infecter, suppurer¹. On fait tomber les croûtes par des pulvérisations et par des pansements humides à l'eau bouillie ou au cyanure de mercure au 1/1 000 ou au permanganate à 1/2 000. Le ou les premiers jours, on cautérise les ulcérations avec la solution de nitrate d'argent à 10 p. 100 puis avec le crayon de zinc. Les jours suivants on applique le permanganate de potasse qui est le médicament de choix de ces formes, avec ou sans anesthésie préalable à la cocaïne. On badigeonne le lupus, une ou deux fois par jour avec la solution forte au 1/16, et on laisse sécher sans mettre de pansement (sauf en hiver où un pansement gras est utile). Ou bien on applique d'abord pendant quinze à vingt minutes des compresses ou tampons imbibés de solution aqueuse de permanganate au 1/100, 1/50, 1/30, recouverts d'un imperméable et changés toutes les cinq minutes (Bulte); puis tous les deux soirs, après un lavage de cinq à dix minutes avec le permanganate au 1/100, on applique une couche d'alumine gélatinetse contenant 5 p. 100 de permanganate (p. 517). Enfin, au besoin même, on pourrait employer le permanganate pur en poudre fine (Kaczanowski) : une escharre se forme qui tombe en quinze à vingt jours.

Bientôt l'épiderme se reforme, le lupus cesse d'être ulcéré, on peut alors commencer les autres traitements résumés ci-dessus, tout en continuant les applications de permanganate.

1. Il faut faire une place spéciale : 1^o aux lupus térébrants vorax phagédéniques dont le traitement de choix est la scarification et le permanganate (p. 515); 2^o aux ulcérations de radiothérapie très lentes et très douloureuses à guérir, dont le traitement de choix, lorsqu'elles sont rebelles, est la cautérisation à l'air chaud sous anesthésie générale (p. 524).

7° LUPUS DES MUQUEUSES

ET DES DEMI-MUQUEUSES ORIFICIELLES, NEZ, LÈVRES (fig. 78).

Leur traitement nécessite souvent des connaissances de spécialiste et nous ne donnons que les indications générales. En dehors du radium, trois méthodes nous ont paru recommandables, que l'on peut d'ailleurs combiner.

1° *Galvano-cautérisations* après anesthésie à la stovaïne, avec la « grosse pointe », la « grille », le « couteau » ou la pointe fine, suivant la grandeur des lupus; la grille qui comprend plusieurs pointes convient aux grands placards; avec le couteau on trace des traînées parallèles et entre-croisées comme avec le scarificateur; avec la grosse pointe on détruit les gros nodules; avec la pointe fine on attaque les petits nodules isolés. Le platine ne doit être porté qu'au rouge sombre afin d'éviter l'écoulement de sang; si une petite hémorragie se produit, il suffit d'insister avec le galvanocautère porté au rouge sombre. Si la lésion reste douloureuse après cautérisation, on peut faire des lavages à l'eau salée isotonique chaude, ou instiller une solution de stovaïne. Si les muqueuses tendent à s'infecter, on introduit quelques gouttes d'huile camphrée ou goménolée.

2° *Caustiques chimiques*. Attouchement des lésions ulcérées avec l'acide lactique pur après anesthésie stovaïnique. Les lésions non ulcérées seront, après anesthésie locale, raclées et galvanocautérisées plutôt que scarifiées, puis galvanocautérisées à nouveau et le soir même ou le lendemain elles seront touchées avec l'acide lactique.

3° *Méthode de Pfannenstill*. Le malade ingère dans sa journée 1 à 3 grammes d'iodure de sodium en solution aqueuse diluée, et il introduit dans le nez, ou applique sur la muqueuse, de façon permanente ou transitoire, un tampon imbibé d'eau oxygénée neutralisée, pure ou diluée à 1/20, 1/10.

8° GRANDS LUPUS DES RÉGIONS NON ESTHÉTIQUES OU LUPUS REBELLES DES RÉGIONS ESTHÉTIQUES

Pour les lupus rebelles de la face, après échec des autres traitements, pour les lupus intolérants de la face qui s'ulcèrent même avec le Finsen, pour les lupus des régions non esthétiques, c'est-à-dire pour tous les lupus des membres¹ et du tronc, du cou, des régions sous-maxillaires et sus-hyoïdienne, rétro-auriculaires, la méthode de choix est l'aérothermocautérisation combinée au curettage, car elle est rapide et donne de belles cicatrices. Elle semble supérieure à la méthode ancienne du raclage et des cautérisations au chlorure de zinc ou au nitrate d'argent en crayon et en solution.

On endort le malade au chloroforme, à moins que le lupus très limité permette l'anesthésie locale à la stovaine. On antiseptise à la teinture d'iode. Avec l'appareil à air chaud donnant 700 à 800°, on passe une première fois le jet brûlant sur la lésion qui se carbonise, la peau se cloque et, avec la curette ordinaire ou fenêtrée, on enlève tout le tissu brûlé; on repasse avec le jet d'air chaud qui arrête l'hémorragie et on recurette les points infiltrés; par aérothermocautérisation et curettage successifs on arrive à détruire toute la lésion. La curette ne doit s'arrêter que lorsqu'elle rencontre du tissu dur qui crie sous son tranchant; il faut donc, avec des petites curettes, aller ouvrir, évider toutes les cavités fongueuses. On repasse une dernière fois le jet d'air chaud pour faire

1. Je ferai exception pour certains segments interdigitaux des lupus de la main. On peut craindre en effet des rétractions fibreuses. Tout au moins faut-il agir prudemment.

une dernière carbonisation superficielle ; on antiseptise à la teinture d'iode ou au nitrate d'argent ; on badigeonne avec une solution de mastic (aseptofix, v. p. 97, note 1), et on applique un pansement aseptique sec. Pour qu'au réveil les douleurs de la brûlure soient moins vives, on peut encore employer le liniment oléo-calcaire opiacé aseptique ou des huiles aromatiques (phlyctol), et l'on fait une injection de morphine. (Vignot)

Mais, objectera-t-on, les praticiens isolés n'ont pas d'appareil à air chaud. On peut, faute de mieux, le remplacer par un thermocautère de Paquelin en se servant du gros embout et du rouge sombre. On procède de même par thermocautérisation et curettage successifs en finissant par une dernière carbonisation superficielle.

On laisse le premier pansement le plus longtemps possible, trois, quatre, huit jours ; on le renouvelle en lavant à l'eau salée isotonique, chaude ; on remet un pansement sec aseptique ou au liniment oléo-calcaire, etc. Ces pansements doivent être faits très aseptiquement si l'on veut obtenir une cicatrisation rapide sans épaissement chéloïdien. Les escharres de brûlures doivent tomber lentement ; on peut hâter leur chute par des bains locaux. Si l'on voit des points suppurants, on les touche avec la teinture d'iode, le permanganate au 1/16 ou le chlorure de zinc au 1/10.

La cicatrisation doit être minutieusement surveillée. Si l'on a l'impression que la cicatrice s'épaissit et tend à devenir fibreuse, chéloïdienne, il ne faut pas hésiter à faire deux ou trois séances de rayons X, car le seul inconvénient de cette méthode est la production de cicatrice chéloïdienne.

Lorsque la cicatrisation est complète, on revise au verre de montre toute la surface, et, s'il y a lieu, on refait une

deuxième opération sur les points qui ont récidivé. On peut alors recourir à la méthode suivante si les points sont limités et isolés.

9° LUPUS PETITS DES RÉGIONS NON ESTHÉTIQUES

Lorsque le lupus des régions non esthétiques est assez limité, on peut tenter d'abord la méthode précédente et, si elle n'empêche pas une repullulation locale, enlever le foyer lupique au bistouri. On peut aussi pratiquer d'emblée l'ablation. D'après notre expérience, pour éviter la récurrence, il faut : 1° détruire tout le lupus au thermocautère ou à l'air chaud largement et profondément ; 2° changer les champs opératoires, les instruments, aseptiser à l'iode, mettre des gants aseptiques nouveaux, toutes ces précautions pour éviter une réinoculation ; 3° alors seulement enlever au bistouri le fragment carbonisé et une marge de quelques millimètres de peau saine, aseptiser encore par l'iode, faire des sutures solides et si l'on peut des sutures intradermiques ; 4° appliquer un pansement sec ; 5° facultativement et par précaution, faire les jours suivants et à travers le pansement une séance de radiothérapie pour éviter la tendance fréquemment chéloïdienne de ces cicatrices ¹.

Cette méthode, qui paraît un peu compliquée, est en réalité facile et rapide, elle donne plus de sécurité que l'ancienne méthode de l'ablation pure et simple.

Traitement de pis aller : les caustiques chimiques. — Lorsque le malade est assez inintelligent pour refuser les traitements de choix exposés ci-dessus et n'accepte que des « pommades », peut-on obtenir la guérison ? Parfois, mais

1. Suivant l'habileté du chirurgien et sa hardiesse en autoplastie, cette méthode peut s'appliquer à des lupus de plus en plus grands.

d'ordinaire au prix de douleurs et d'une cicatrice disgracieuse, souvent fibreuse, enfermant des grains lupiques (v. p. 524); car le malade qui croit éviter la douleur fait un mauvais calcul.

Les formules sont innombrables, ce qui prouve leur inconstante efficacité. L'acide salicylique est pour Unna, le meilleur caustique, car il agit « électivement avec sûreté et régularité sur les éléments lupiques en respectant les éléments sains » (?).

Unna emploie la pommade :

Acide salicylique	}	àà 2 gr.
Trichlorure d'antimoine		
Créosote	}	àà 4 gr.
Extrait de chanvre indien		
Lanoline		8 gr.

Deux fois par semaine, il étend sur le lupus, avec une spatule, une couche mince de cette mixture; il protège par un emplâtre à l'oxyde de zinc ou un imperméable et laisse en place 24 à 48 heures; il enlève le caustique, met un pansement humide. Il laisse cicatriser, puis recommence.

Unna emploie encore l'emplâtre contenant 10, 30 et 50 grammes d'acide salicylique et 40 grammes de créosote par mètre carré (les doses fortes sont réservées aux tubercules profondément enchâssés dans un derme fibreux). Il badigeonne la surface lupique avec une solution de cocaïne à 4 p. 100, puis applique l'emplâtre et le laisse en permanence. Parfois il renforce leur action en les recouvrant d'un cataplasme chaud. Unna renouvelle cet emplâtre une ou deux fois par jour en nettoyant la place avec de l'huile, jusqu'à ce que les tubercules profonds soient attaqués. Si l'inflammation est trop vive, il interrompt et applique du liniment oléo-calcaire. Lorsque « tous les tubercules sont attaqués », il emploie des emplâtres plus faibles. Enfin quand il juge l'attaque suffisante, il calme l'inflammation par quelques pansements humides, puis il hâte la cicatri-

sation par des emplâtres mercuriels ou iodoformés ou ichthyolés.

S'il existe des nodules profonds, ou si le lupus est verruqueux, Unna étale sur le lupus l'épaisseur d'une lame de couteau de :

Potasse caustique	} à 5 gr.
Chaux vive	
Savon vert	
Eau distillée	

Il recouvre d'une couche mince d'ouate humidifiée, puis d'un imperméable et laisse en place une à plusieurs heures jusqu'à douleur vive. Il lave, panse au liniment oléo-calcaire : une escharre se produit et si, après sa chute, il reste encore des nodules, Unna les embroche avec des éclats de bois taillés pointus imbibés depuis une quinzaine de minutes de trichlorure d'antimoine; une fois mis en place il les coupe à ras des lésions, les recouvre d'un emplâtre protecteur et ne les enlève qu'au bout de 48 heures¹.

Balger recommande l'acide chromique au 1/6 ou le nitrate d'argent au 1/10, puis l'occlusion par le diachylon (Chateaubourg).

VI. Inconvénients des mauvais traitements pour la beauté de la cicatrice et pour les traitements ultérieurs.

— Ces neuf exemples, que nous avons choisis parmi les plus fréquents et les plus importants en pratique, n'ont pas la prétention de résumer toute la thérapeutique du lupus. On a pu obtenir de bons résultats d'autres méthodes : caustiques chimiques, thermo et galvanocautère, radio- et radiumthérapie. Mais toutes ces méthodes sont

1. On vante en Amérique les cautérisations, répétées tous les 8 à 15 jours, sur les nodules et placards congestifs, avec un petit tampon d'ouate monté sur baguette de bois et imbibé d'une solution saturée d'*acide trichloracétique* : on appuie « pendant quelques secondes » (Heidingsfeld):

déliçates à employer et demandent une longue expérience.
Mal employées, elles ont de nombreux inconvénients :

Les caustiques et pointes de feu donnent des cicatrices laides, souvent fibreuses et même chéloïdiennes et quand tout le tissu lupique n'a pas été détruit il reste souvent des nodules enserrés dans un lupome scléreux et difficiles à guérir.

La radiothérapie et la radiumthérapie mal mesurées donnent des ulcérations rebelles, très lentes à cicatriser et extrêmement douloureuses dont l'air chaud est à mon avis le meilleur traitement (Vignat). Même bien faite, la radiothérapie a dû souvent, pour détruire le lupus, ulcérer l'épiderme et la cicatrice qui en résulte est fréquemment laide, blanche, rétractée, parsemée de taches brunes pigmentées d'angiomes capillaires rouges; en outre, la peau est souvent fragile, s'ulcérant facilement, rendant difficile ou même impossible un traitement local ultérieur. Dans un cas semblable, nous avons dû, avec M. Vignat, détruire la cicatrice trop fragile par l'air chaud.

On voit quelles entraves peuvent créer à un bon traitement des traitements antérieurs mal appliqués : et plusieurs fois devant certains malades j'aurais préféré qu'aucun traitement n'eût été antérieurement institué. En résumé, il vaut mieux ne pas traiter un lupus que de le traiter mal, il vaut mieux attendre d'être à même de le bien traiter.

VII. Importance d'un traitement général interne prolongé. — Le lupus a beau être une « tuberculose locale », le terrain a une influence considérable que trop souvent on a tendance à négliger. Tout au contraire, le traitement général devra être poursuivipatiemment pen-

dant des mois et des années et longtemps après la guérison pour éviter la récédive.

Ce traitement général est celui des tuberculoses torpides, ce qui nous permettra de le résumer très rapidement : repos, vie au grand air, etc. ; absorption d'huile de foie de morue, arsenic et sirop iodotannique phospho-arsénié, phosphore et glycéro-phosphates, ferrugineux, acide phénique, etc.

L'huile de foie de morue est le meilleur médicament interne. On fait prendre pendant les mois froids, tous les matins au réveil, dans un verre, deux à quatre cuillerées d'huile de foie de morue *blonde* (la brune est trop indigeste) ou une émulsion moins désagréable, par exemple :

Huile de foie de morue.	280 gr.
Sirop simple.	120 gr.
Eau de fleur d'oranger.	80 gr.
Fucus crispus	10 gr.
Eau q. s. pour obtenir décocté. . . .	320 gr.
Essence d'amande amère.	VIII gouttes
Glycéro-phosphate de chaux.	20 gr.

(Cette émulsion représente le tiers de son poids d'huile.)

[P. VIGIER]

On avale l'huile d'un trait; immédiatement après pour chasser le goût, le malade prendra un petit verre de vin de quinquina :

Cacao caraque.	100 gr.
Quinquina Calisaya	50 gr.
Quinquina de Loxa.	50 gr.
Rob. de genièvre	10 gr.
Vin de Malaga.	2000 gr.
Esprit de vin à 33°.	400 gr.

[BUGEAUD]

Ou :

Pyrophosphate de fer.	10 gr.
Extrait de quinquina gris	5 gr.
Vin blanc	1000 gr.

[ROBIQUET]

Si cela ne suffit pas, il sucera une pastille de menthe.

— Les iodotanniques, phosphates, arsenicaux seront pris aux repas, par périodes successives, ou associés. Par exemple pendant les 15 premiers jours du mois une à deux cuillerées à bouche de :

Sirop iodotannique.	600 gr.	
Biphosphate de chaux	30 gr.	
Eau et acide chlorhydrique. .	Q. s. pour dissoudre	
Liqueur de Pearson	20 gr.	[GAUCHER]

Pendant les 15 derniers jours du mois, prendre au milieu des deux repas une cuillerée à bouche de :

Glycéro-phosphate de chaux.	15 gr.	
Glycéro-phosphate de soude.		} à 5 gr.
Glycéro-phosphate de potasse.		
Glycéro-phosphate de magnésie.		
Glycéro-phosphate de fer		
Teinture de fèves de Saint-Ignace. .	LXV gouttes	
Pepsine	6 gr.	
Maltine	3 gr.	
Teinture de kola. } à	30 gr.	
Teinture de coca. }		
Sirop de cerises.	Q. s. pour 500 gr.	[A. ROBIN]

(On variera encore les prescriptions suivant les saisons et suivant les malades, en utilisant un ou plusieurs des médicaments suivants :

— *Série des arsenicaux*, purs ou combinés soit à l'huile de foie de morue, soit à du citrate de fer et eau de laurier-cerise, — arrhénal en ingestion ; — cacodylate de soude et de fer en injection ; — eau de la Bourboule.

— *Série des ferrugineux* : citrate de fer, etc., par exemple le sirop arsénical ferrugineux d'Yvon :

Pyrophosphate de fer et de soude . .	12 gr.
Arséniate de soude	0 gr. 12
Eau de fleurs d'oranger	50 gr.
Alcool à 90°.	50 gr.
Sirop simple.	2400 gr.

Une cuillerée à bouche contient 0 gr. 10 de sel de fer et 0 gr. 0001 d'arséniate, 2 à 5 par jour.

— *Série des iodiques* : sirop iodotannique, sirop de raifort iodé, sirop d'iodure de fer, teinture d'iode versée dans du lait, iodomaïsine.

— *Série des phosphates* : glycérophosphates, hypophosphites, lactophosphates.

— *Série de la créosote, du gaiacol, etc.* Il est préférable de donner la créosote par voie rectale plutôt qu'en ingestion¹ pour ménager l'estomac :

Créosote de hêtre	15 gr.
Savon amygdalin	15 gr.
Eau.	300 gr.

Une cuillère à bouche contient 0^{gr},50; verser une cuillerée dans 60 grammes d'eau chaude environ et, après un lavement de propreté, injecter dans le rectum avec une poire appropriée, une à deux fois par jour. Ou :

Créosote.	0 gr. 50
Beurre de cacao.	3 gr.
Pour un suppositoire n° 24, deux par jour.	[CATILLON]

— *Acide phénique*, 0,10 à 1 gramme par jour en sirop.

Acide phénique	3 gr.
Sirop de goudron.	} à 300 à 400 gr.
Sirop de tolu	
Sirop de capillaire.	

— *Chlorure de sodium*, très vanté autrefois, à la dose de 1 à 3 grammes par jour (Hardy); crème de lait chloro-bromo-iodée de Trousseau; eau d'Uriage sulfureuse et chlorurée, de Saint-Gervais, eaux chlorurées de Salies-de-Béarn, Salins du Jura, etc. :

Sel marin.	50 gr.
Tannin.	40 gr.
Conserves de roses.	Q. s.
Pour 100 pilules, 10 par jour, d'heure en heure.	[LATOURE]

1. La formule classique :

Créosote.	45 gr.
Huile de foie de morue	975 gr.

contient 0 gr. 20 de créosote par cuillerée à bouche.

Chlorure de sodium.	10 gr.
Bromure de sodium.	5 gr.
Iodure de sodium	1 gr. 50
Eau distillée	100 gr.
Une cuillère à café le matin dans une tasse de lait.	
[POTAIN]	

— *Iodoforme*. huile iodoformée à 5 p. 100, 0,5 à 1 centimètre cube par jour en injection sous-cutanée (Morel-Lavallée).

En raison de la lenteur de la guérison, il faut savoir varier le traitement général pour faire patienter le malade et ne pas l'accoutumer à un médicament.

Abadie conseille le traitement suivant, inoffensif, et applicable même en été, que l'on doit continuer pendant plusieurs mois, plusieurs années, sans arrêter, même s'il semble d'abord ne pas agir :

— Prendre à chacun des deux repas 20 gouttes d'iodogénol dans un peu d'eau.

— Se frictionner le soir (et, si l'on peut, le matin) pendant 10 à 15 minutes, sur les flancs, avec :

Huile de foie de morue	200 gr.
Gaiacol pur synthétique.	15 gr.
Essence de citron.	4 gr.

Traitements tuberculiniques, sérothérapiques, etc. — Différentes médications antibacillaires spécifiques ont été tentées¹ :

1. On a fait grand bruit au sujet des injections intraveineuses de cyanure d'or et de potassium à la dose de 0 gr. 02, 0 gr. 03 et même 0 gr. 05 dilués dans 50 cm³ d'eau, tous les deux à trois jours. Mais c'est là une méthode dont l'efficacité est inconstante, et dont l'action, incomplète, comporte des dangers ; on a cité au moins un cas de mort par ictère grave à la 11^e injection faite avec 0 gr. 04 du médicament.

Gensabouru Koga (de Tokio) a obtenu des résultats intéressants avec les injections *intraveineuses* de cyanure de cuivre et de potassium. Les doses recommandées sont « 14 à 16 milligr. pour la tuberculose au 1^{er} degré, 12 à 14 milligr. pour le 2^e degré et 8

1° *Tuberculine* de Koch très délicate à employer : on commence avec l'Altuberculin par des doses infimes, 1/10 000 de milligramme; on répète l'injection tous les huit jours en doublant progressivement les doses jusqu'à 6 milligrammes; si on atteint cette dose, on peut employer la « Neutuberkulin Koch B. E » en débutant par 1/10 de milligramme et en doublant jusqu'à 1 milligramme, puis on augmente de 1 milligramme à chaque fois jusqu'à 10 milligrammes, dose maxima; le traitement dure 5 à 6 mois. M. Darier et d'autres auteurs ont obtenu avec la tuberculine « des améliorations et des quasi guérisons ».

2° *Immunkörper* de Spengler, en commençant par des dilutions au 1/10 000.

3° *Sérum* de Marmorek, Vallée, Marigliano, etc., en injections rectales et en faisant très attention aux phénomènes anaphylactiques.

Dans tous ces traitements, il faut obtenir une réaction,

à 12 milligr. pour le 3° degré; pour la tuberculose intestinale, laryngée, pleurale, péritonéale, 8 à 12 milligr.; dans la tuberculose osseuse et ganglionnaire, 15 à 17 milligr. Pour la tuberculose cutanée, on peut augmenter chaque fois la dose de 0 mgr. 5 à partir de la deuxième injection; pour la tuberculose laryngée, il est préférable au contraire de diminuer chaque fois la dose de 0 mgr. 5.

« Si la réaction fébrile dure plus de deux semaines, il faut réduire la dose de 1 milligr. lors de la prochaine injection.

« Chaque injection sera séparée par un intervalle de quinze jours.

« Le cyanocuprol est altéré par le phénol et le lysol; il ne faut donc pas désinfecter la peau et la seringue avec ces solutions... On s'abstiendra d'administrer pendant le traitement de la créosote, gaiacol ou ses dérivés et des iodiques et iodures ».

Le malade restera au lit jusqu'à ce que la réaction provoquée par la piqûre disparaisse (3 à 15 jours), les injections produisent de la congestion locale qui disparaît en 8 à 9 jours et s'atténue lors des injections successives. La tuberculose viscérale fébrile ne contre-indique pas ce traitement et en bénéficie. Seule « une cachexie extrême » contre indique cette méthode.

mais une *réaction faible locale* du lupus. On se guide sur cette réaction locale et sur la réaction générale pour répéter et augmenter les doses. Si la réaction est trop vive on s'arrête et, lorsqu'elle est apaisée, on ne recommence qu'avec une dose faible. Les résultats sont souvent excellents, mais ces méthodes demandent une grande habitude.

Traitement hydrominéral. — On retirera les plus grands bénéfices de saisons d'eaux chlorurées sodiques fortes : Salies-de-Bearn, Briscous-Biarritz, Salins-Moutiers, etc., et d'eau arsenicale : La Bourboule.

VIII. Longueur et difficultés du traitement, nécessité d'une longue période de surveillance. — Les traitements les plus rapides sont encore longs et demandent plusieurs mois. Il faut une grande patience de la part du malade et du médecin ; il faut poursuivre avec acharnement les repaires lupiques des fosses nasales, du canal lacrymal et les détruire. Souvent ce traitement est rendu difficile par l'inintelligence des malades qui se lassent. Souvent le malade se contente d'une demi-guérison et quand le lupus est moins laid, il abandonne la cure, il reste des mois sans consulter et ne revient qu'avec une récurrence ; d'autres quittent le traitement dès que le lupus cutané est guéri, sans s'occuper des lésions endonasales. Il faut donc compter avec l'état mental des lupiques et chercher à les persuader des raisons de votre conduite prudente.

Le traitement doit être poursuivi jusqu'à complète extinction de tous les grains lupiques : on doit voir et revoir le malade plusieurs fois avant d'assurer la guérison.

Pour affirmer cette guérison, un examen clinique minutieux au verre de montre et même à la loupe est nécessaire ; on se méfiera de ce que nous appelons les « *micro-*

points » : ce sont des grains lupiques très petits de la grosseur d'une tête d'épingle, peu visibles mais susceptibles de récidiver. Si l'on hésite entre un grain lupique et une tache pigmentée ou une croûte, il faut explorer avec l'aiguille et demander à revoir le malade 8 à 15 jours plus tard. On a encore proposé l'injection sous-cutanée de tuberculine qui, on le sait, révélerait des lésions locales s'il en existait encore ; c'est là un moyen excellent, mais délicat à employer.

Après guérison clinique complète apparente, il est nécessaire, à notre avis, d'instituer *une surveillance périodique de plusieurs mois* et, avec certaines méthodes, de faire un *traitement de sûreté*, par exemple de Finsentherapie. *Le traitement général devra être poursuivi pendant plusieurs années.*

C'est à ce prix seulement que l'on obtiendra une guérison réelle et non, ainsi que nous le voyons si fréquemment, des soi-disant guérisons suivies de récurrence.

Formes voisines. — Aux lupus vulgaires se rattachent par d'insensibles transitions les tuberculoses sarcoïdes¹ der-

1. Le terme de sarcoïde est très vague. Pour les uns, il désigne des infiltrats hypodermiques ou dermiques à structure tuberculoïde, mais qu'on ne peut rattacher à coup sûr à la tuberculose. Pour les autres, parmi lesquels je me range, le mot sarcoïde est avant tout clinique, il garde son sens primitif de lésions ressemblant plus ou moins à des tumeurs conjonctives. C'est un terme d'attente : Sarcoïde est un syndrome anatomo-clinique relevant de causes diverses : tuberculose, syphilis, mycoses, etc., aussi est-ce un groupe à démembrer au fur et à mesure de nos progrès en étiologie et, pour ma part, j'en fais un adjectif que j'accorde à un substantif désignant la maladie, je dis par exemple : tuberculose sarcoïde, etc. Après ce démembrement, il restera peut-être des néoplasies bénignes, analogues de structures au fibro-sarcome et aux sarcomes, mais qui guérissent spontanément ou par des procédés qui sont insuffisants pour guérir de vrais sarcomes.

miques dont la SARCOÏDE MULTIPLE ET BÉNIGNE ou LUPOÏDE MULTIPLE ET BÉNIGNE de Boeck-Darier, est l'exemple le plus connu¹.

Les nodules, analogues à des nodules lupiques, inégaux de 2 à 20 millimètres et parfois davantage, roses jaunâtres ou rouges orangés, plus ou moins hémisphériques, sont disposés souvent symétriquement à la face, à la partie supérieure du dos, sur la face d'extension des membres supérieurs, etc.; leur surface est souvent finement furfuracée, ils évoluent très lentement sans s'ulcérer (sauf exception) et laissent souvent en se résorbant « une tache télangiectasique et furfuracée » avec ou sans pigmentation.

Le diagnostic est celui des lupus, on pensera surtout aux syphilides et, même si le diagnostic de tuberculose semble probable, on fera un traitement d'épreuve mercuriel arsenical et iodique.

Le traitement des tuberculosés sarcoïdes est celui des lupus (v. p. 514 à 535).

*
* *

2° TUBERCULOSES VÉGÉTANTES ET VERRUQUEUSES

Les tuberculosés *végétantes* forment des placards dermiques *humides suintants* (fig. 77 et 86), isolés ou multiples, de 2 à 40 centimètres, parfois davantage, plus ou moins irréguliers, mamelonnés, rougeâtres ou rouge-

1. La lymphosarcoïde, que j'ai décrite (*Annales de Dermatologie*, août, sept. 1906), simule cliniquement le lupus à grains disséminés et histologiquement un lymphosarcome malin; en pratique elle est bénigne et doit être traitée comme un lupus: galvano-cautérisations, etc. La sarcoïde fibreuse que nous avons décrite avec Denéchau simule une sclérodermie (v. p. 693) (*Revue de méd.*, 1916 n° 9-10 p. 664).

violacé ou rouge blafard, douloureux. Aux membres, les placards s'accompagnent souvent d'éléphantiasis (fig. 86) et des placards nouveaux naissent parfois par propagation lymphangitique et ulcération de la peau (fig. 86). Dans les plis cutanés, à l'anus (fig. 77), aux organes génitaux, les placards végétants peuvent acquérir une grande extension : un certain nombre des anciens esthiomènes de la vulve sont des tuberculoses végétantes. A la face elles forment transition avec les lupus végétants.

Les tuberculoses *verruqueuses* sont sèches et *squameuses* (lupus verruqueux ou scléreux, tubercule anatomique, fig. 76 et 85). Tantôt petites elles ne dépassent pas quelques millimètres surtout au doigt, autour des ongles et sous l'ongle. Tantôt elles atteignent peu à peu et lentement plusieurs centimètres, par exemple à la face dorsale de la main, au pied, etc., restant ovalaires ou devenant serpigineuses. Au début et à la période d'état (fig. 76), le placard est formé de trois zones : 1° un halo rouge ou rose violacé périphérique ; 2° une bordure (zone moyenne inconstante) brun livide, tachetée de pustulètes, de croûtelles, de squames, restant jaunâtre et infiltrée sous la vitro-pression ; 3° une nappe centrale saillante, hérissée de saillies papillomateuses irrégulières, sèches, cornées, grisâtres ; souvent les papilles sont séparées par des fissures suintantes douloureuses et parfois une infection secondaire détermine la production de petits abcès qui, lorsqu'ils sont nombreux, donnent à la pression l'aspect de la « suppuration en écumoire ». Peu à peu le centre s'affaisse, devient cicatriciel (fig. 85), donnant une cicatrice pâle souvent violacée, plus ou moins squameuse, mince et souvent comme criblée ou réticulée. Ces tuberculoses, indolentes spontanément, sont d'ordinaire sen-



FIG. 76. — Tuberculose
verruqueuse sèche.
(Voir page 535).



FIG. 77. — Tuberculose
végétante humide du pli fessier
périanal. (Voir page 534).

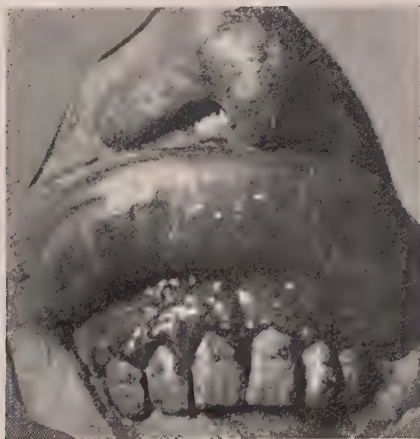


FIG. 78.
Lupus des gencives.
(Voir page 499).

sibles à la pression et très douloureuses au heurt.

Parfois, surtout dans les plis, à l'anus, tuberculose végétante humide et tuberculose verruqueuse sèche coexistent sur le même placard.

L'**évolution** est lente durant des années et, en somme, peu grave, l'extension aux lymphatiques (fig. 85) et au ganglion est très rare. Abandonnée à elle-même, la lésion peut exceptionnellement guérir; plus souvent elle progresse par la périphérie, tantôt régulièrement, tantôt irrégulièrement, prenant alors un aspect serpigineux; parfois elle s'immobilise.

Le **diagnostic** doit être discuté avec les mêmes affections que pour le lupus vulgaire, avant tout avec la syphilis (v. *Traitement de la syphilis*, p. 276); les mycoses (v. Sporotrichoses, p. 591 et fig. 110, 114; actinomycoses, p. 608 et fig. 116; mycose de Gilchrist p. 604), le clou de Biskra (v. p. 506), les leishmanioses sudaméricaines¹,

1. Le diagnostic est surtout fait par la constatation des *Leishmania* sur frottis des exsudats.

On doit tenter les injections *intraveineuses* de 914 ou de 606 et surtout d'émétique (Vianna): solution à 1 p. 100 d'émétique dans l'eau physiologique filtrée sur bougie Berkefeld. On injecte tantôt 5 cm³ chaque jour pendant 5 jours consécutifs, tantôt 5 à 10 cm³ tous les jours ou tous les 2 jours pendant 20 à 40 jours, tantôt 5 à 10 cm³ tous les 4 à 8 jours; « il n'y a pas de contre-indications formelles à part les lésions rénales graves ». Les injections intramusculaires d'une solution aqueuse faite extemporainement d'acétyl-p-aminophényl stibié de sodium (Caronia) à la dose de 3 à 15 centigrammes, les injections intraveineuses ou intramusculaires d'oxyde d'antimoine dans l'eau glycinée (solution anglaise dite de Martusdale) seront peut-être plus commodes que les injections d'émétique.

Les meilleurs caustiques chimiques sont: le tartre stibié en poudre sur la peau (douloureux) et, sur les muqueuses, la pulvérisation d'une solution à 2 p. 100 et des attouchements avec la solution saturée après anesthésie locale; — la pommade contenant 2 à 10 et 25 p. 100 de tartre stibié; — le bleu de méthylène

les pyodermites végétantes verruqueuses sèches (v. p. 567). La syphilis évolue plus rapidement, ses lésions sont plus circonscrites et à bords curvilignes, et nets elles sont plus végétantes, plus ulcéreuses. La sporotrichose progresse plus vite, se mélange souvent de petits abcès en écumeirose et même de gommes dermiques. Les pyodermites atteignent en quelques jours leur période d'état, alors qu'il faut des mois à la tuberculose; elles se mélangent de pyodermites typiques en évolution.

Le **traitement** se réduit à deux procédés :

1° Le traitement de choix est le radium ou la radiothérapie, sauf à la plante des pieds ou à la paume des mains qui paraissent supporter mal de fortes doses de rayons X. La radiodermite rebelle étant fréquente en ces points, ainsi que je l'ai montré, il faut recourir à la destruction par le feu, d'emblée ou après la production d'ulcère roentgénien, car c'est là le seul traitement des radiodermes graves.

2° Lorsqu'on ne possède pas d'installation de rayons X, lorsque ceux-ci sont contre-indiqués ou ont échoué, on utilisera l'air chaud à 700° ou à défaut le thermocautère comme dans le traitement du lupus (v. p. 524).

FORMES VOISINES. — Des tuberculoses verruqueuses on doit rapprocher les *leucoplasies* tuberculeuses des muqueuses; les leucoplasies naissent tantôt sur un infiltrat lupique caractéristique, analogue à celui des tuberculoses verruqueuses de la peau, tantôt sur un infiltrat non caractéristique (non folliculaire), mais qui est de nature bacil-

la 1/10 (voir p. 506, note 1). En cas d'échec, le mieux est de tenter l'aérothermocautérisation à 750° ou la galvanocautérisation sur les muqueuses.

La prophylaxie est la même que pour le bouton d'Orient (v. p. 506, note 1).

laire, puisque dans un de mes cas le cobaye fut tuberculisé. Ces leucoplasies tuberculeuses sont exceptionnelles et leur diagnostic n'est guère fait qu'histologiquement, on les confond avec la syphilis ou le lichen plan. Le meilleur traitement est la destruction au galvanocautère.

Les tuberculoses verruqueuses et végétantes de la peau, les leucoplasies tuberculeuses des muqueuses peuvent être le point de départ d'épithéliome véritable : *épithélioma sur-tuberculeux*. Le traitement est celui de tous les épithéliomas (v. p. 651).

*
* *

3° LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

[*Synonymie* : séborrhée congestive, scrofulide érythémato-squameuse et acnéique, érythème centrifuge, herpès créta-cé, etc.]

Les « lupus érythémateux » comprennent des faits nombreux et disparates (fig. 79, 80, 81, 82) caractérisés par des symptômes communs :

— Érythème rose ou rouge souvent teinté légèrement de violet (fig. 79), avec ou sans infiltration et œdème du derme.

— Hyperkératose donnant des squames en surface et des cônes cornés dans les glandes cutanées; aussi lorsqu'on peut arracher ces squames, voit-on à leur face profonde des prolongements cornés pénétrer dans les orifices glandulaires d'où le nom de lupus « acnéique » : *squames ou hyperkératose ponctuées* (fig. 79).

— Tendance à la *régression cicatricielle* centrale sans ulcération préalable (fig. 79, 80, 81, 82).

Il s'y ajoute fréquemment des téléangiectasies et parfois des taches pigmentées brunâtres.

Le lupus érythémateux atteint le plus souvent la face, mais il peut siéger dans toutes les régions, même sur le cuir chevelu (fig. 82), les oreilles, les paumes et plantes, les lèvres, les muqueuses. Tantôt il est symétrique, envahissant par exemple le nez et les joues à la façon des ailes d'un papillon ou d'une chauve-souris (*Lupus vespertilio*), tantôt il forme un ou plusieurs médaillons irrégulièrement disséminés de 5 à 80 millimètres et parfois davantage.

Les **types cliniques** les plus fréquents sont :

— *Forme complète* : Le ou les médaillons de 1 à 10 centimètres (fig. 79), à peine saillants, sont formés à l'état adulte de trois zones : une zone périphérique de 1 à 5, 6 millimètres, érythémateuse, rose-violacée; une zone moyenne large occupant toute la lésion débutante, d'un rouge souvent violacé masqué par des squames blanc grisâtre, sèches, ponctuées, plus ou moins abondantes, rarement grasses et molles; une zone centrale cicatricielle, déprimée, atrophique, alopecique (fig. 82), qui n'apparaît qu'au bout de quelques semaines et qui s'étend lentement à mesure que la zone moyenne s'accroît à la périphérie (fig. 82). La palpation de la zone active montre une infiltration plus ou moins marquée (L. érythémateux profond). Ces lupus évoluent très lentement et sont des plus rebelles au traitement (L. E. fixe). Parfois ils subissent une brusque poussée aiguë inexplicable qui tantôt aggrave la lésion en l'étendant, tantôt au contraire la guérit.

— *Forme cicatricielle* : De vastes placards occupent une joue, la moitié de la face, la face entière, etc. (fig. 84, lésion de la joue). La cicatrice blanche ou blanc violacé, peu ou pas squameuse, envahit presque toute la lésion, il ne reste plus à la périphérie qu'une bande étroite de 3 à 10 et 15 millimètres, squameuse et souvent épaisse, comme rocheuse (herpès crétacé de Devergie) débordée par une auréole rosée ou violacée, et parfois circonnée comme une

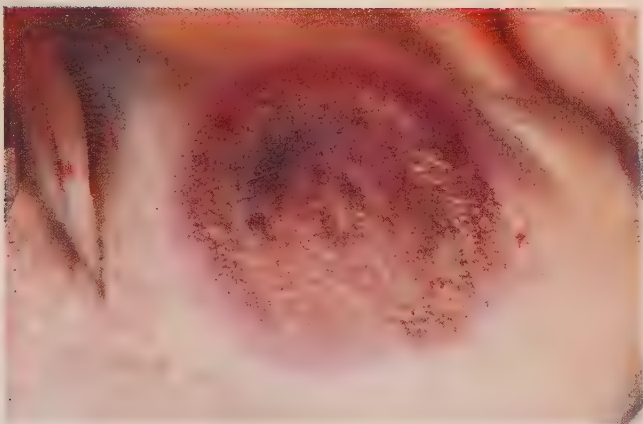


Fig. 79. — Lupus erythémateux fixe, forme complète en médaillon. (Voir page 538).



Fig. 80. — Lupus erythémateux fixe, forme squameuse disséminée. (Voir page 539).

syphilide. Sur le lupus de la figure 81, la lésion du nez est encore toute couverte de squames ponctuées et n'a pas évolué vers la cicatrice comme la lésion de la joue.

— *Forme squameuse disséminée* : Une nappe rouge plus ou moins diffuse, infiltrée envahit la face (fig. 80). Sur ce fond rouge sont disséminés des placards squameux, ponctués, de 2 à 25 millimètres, à bords diffus.

— *Forme érythémateuse* : Un placard rouge ou rose violacé, le plus souvent facial, est étendu symétriquement en aile de chauve-souris (L. E. centrifuge symétrique), à peine infiltré; parfois il est dépourvu de squames en surface apparente (érythème pur), d'ordinaire il est tacheté de punctuations cornées dans les orifices glandulaires. Son évolution est rapide, capricieuse, il s'améliore ou s'aggrave souvent sans cause reconnue, il guérit en donnant une cicatrice très fine ou sans laisser de trace.

— *Forme séborrhée congestive* : La peau est d'un rouge vif, grasse et luisante, souvent un peu infiltrée et légèrement saillante. Les télangiectasies fréquentes ajoutent à la ressemblance de ces lupus avec la couperose banale, mais en y regardant de près, on voit que la couche cornée est épaissie, ébauchant ou donnant une véritable squame grasse, qui présente à sa partie profonde des prolongements intra-glandulaires; même lorsque cette hyperkératose en surface semble manquer à l'œil nu, on découvre sur le fond rouge un piqueté jaunâtre formé par les cônes cornés des orifices glandulaires, si bien que le diagnostic avec le kératose pilaire faciale peut devenir impossible (v. p. 704). Ça et là, on aperçoit des taches blanches en régression, car le centre guérit sans laisser de cicatrice, ou en ne donnant qu'une cicatrice très fine.

Le diagnostic est toujours délicat. Le lupus érythémateux a pu être confondu avec les dermatoses les plus diverses :

— dans les variétés squameuses, avec les eczémas nummulaires (fig. 3 et p. 154), le psoriasis (v. p. 213 et fig. 8), les pityriasis (v. p. 367 et 374), les pityriasis rubrapilaires (v. p. 242 et fig. 13, 15), le lichen plan corné (v. p. 283 et fig. 26, 28, 30), les « eczémas séborrhéiques » (v. p. 376 et fig. 40).

— dans les formes bulleuses, vésiculeuses, suinlantes, croûteuses, avec l'impetigo et l'hydroa vaccini-forme (v. p. 679, note 1), avec l'épithélioma à forme d' « acné sébacée concrète ».

— dans les variétés atrophiques, avec le lichen plan et les lichénisations (v. p. 292 et fig. 36), qui sont autrement prurigineuses, la kératose pileaire (v. p. 704), le sycosis lupôide (v. p. 408).

Mais de tous, le diagnostic le plus important et le plus difficile est celui des **syphilides** (v. *Traitement de la syphilis*, 273, et 326). Et c'est ce qui explique les guérisons de soi-disant lupus érythémateux, par le mercure et l'iode, ou par les arsenicaux : ce sont des erreurs de diagnostic. Or, comme les plus forts s'y trompent, *il est nécessaire de toujours discuter le diagnostic de syphilis, de faire une séroréaction de Wassermann au moindre doute et de tenter un traitement d'épreuve*. Le diagnostic de syphilides est d'ailleurs le seul important, car pour toutes les autres affections, le traitement reste symptomatique ¹.

1. Certains ont classé sans preuve dans les lupus érythémateux tous les érythèmes de nature inconnue : érythème mobile ou au contraire érythèmes tenaces et fixes (E. perstans), les atrophies cutanées et les alopecies cicatricielles indéterminées (v. *Pseudopelades*, folliculites, p. 407), et c'est cette extension excessive du lupus érythémateux qui a jeté la confusion sur ce groupe. On ne doit appeler lupus érythémateux que les dermatoses décrites plus haut p. 541 et d'origine bacillo-tuberculeuse.

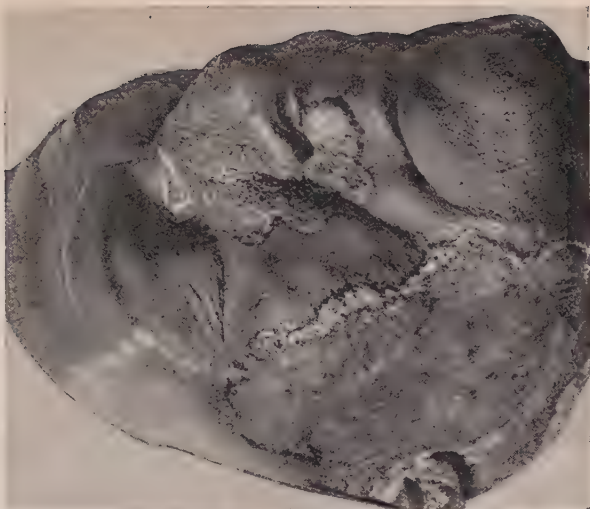


FIG. 81. — Lupus erythémateux fixe, forme cicatricielle, dite herpès crétacé. (Voir page 539).

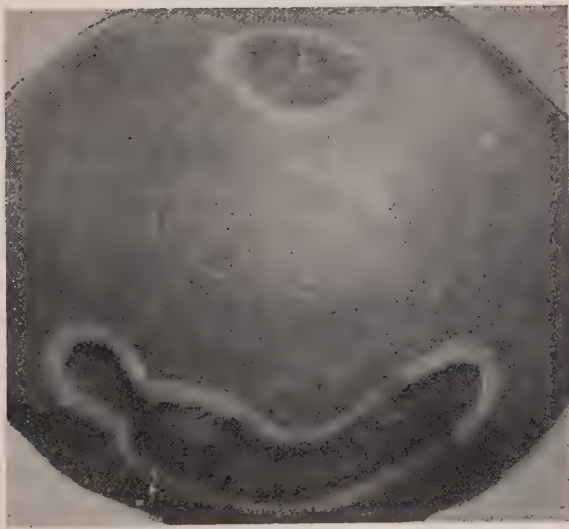


FIG. 82. — Lupus erythémateux fixe du cuir chevelu en médaillons, cicatrice alopecique centrale. (Voir page 538).

L'évolution est lente d'ordinaire.

Parfois les placards se généralisent, s'étendent, se multiplient. L'état général reste suffisant au moins en apparence, car presque toujours de tels malades maigrissent, pâlisent; le pronostic est très réservé, car on peut craindre la tuberculose aiguë.

Exceptionnellement le lupus devient aigu, ou prend d'emblée la forme aiguë rapidement mortelle : *Lupus exanthématique aigu*.

Ce **lupus aigu** survient d'ordinaire chez des femmes jeunes déjà affectées de lupus érythémateux banal : les placards s'étendent, d'autres apparaissent et assez brusquement l'état général devient mauvais : fièvre à 39-40°, courbature, etc. Au début, ce sont tantôt des taches rosées qui peuvent simuler la roséole, tantôt de petites papules rouges ou violacées, un peu squameuses, tantôt de vastes placards érythémateux. Parfois les éléments restent disséminés, petits, tout en devenant de plus en plus nombreux; parfois ils s'accroissent, s'infiltrant et s'ulcèrent; parfois ils forment un grand placard infiltré, tendu, plus ou moins limité, simulant un érysipèle (*Erysipela perstans faciei*). Le plus souvent ils confluent en larges nappes rouges envahissantes; exceptionnellement des vésicules, vésico-bulles, se forment en surface, devenant croûteuses et polymorphes.

Parallèlement à l'aggravation des lésions cutanées, les symptômes généraux deviennent de plus en plus inquiétants, car la tuberculose aiguë généralisée détermine souvent d'autres localisations : granulie pulmonaire, albuminurie, polyarthrite, etc.

La malade meurt en 8 à 30 jours emportée parfois par une localisation prédominante : méningite, etc.

Le **diagnostic** est des plus difficiles, s'il n'existait pas antérieurement un lupus érythémateux typique.

Il faut éliminer les érythèmes infectieux et fièvres érup-

tives (v. p. 454 et 465); — les érythèmes toxi-alimentaires ou médicamenteux (v. p. 686); — les érythèmes scarlatini-formes « idiopathiques », d'ordinaire moins graves et d'évolution plus rapide (v. p. 455), — les dermatites exfoliatrices (v. p. 316) et érythrodermies prémycosiques (v. p. 661) plus chroniques, plus prurigineuses ou plus squameuses, etc.

Souvent on est amené au diagnostic d'infection générale grave avec localisations cutanées de nature inconnue; on pense bien à la tuberculose, mais on ne peut la démontrer et seuls les examens bactériologiques du sang circulant des sucs de ponctions et des urines viennent affirmer le rôle du bacille de Koch et dicter un pronostic irrémédiable.

TRAITEMENT INTERNE. — C'est celui des tuberculoses torpides. On peut, surtout dans les formes mobiles extensives ou congestives, associer ou alterner : arséniate de soude 0 gr. 005, à 0,01 par jour ou eau de La Bourboule; quinine 0 gr. 20 à 1 gramme en trois doses chaque jour; acide phénique en sirop, 0 gr. 02 à 0 gr. 10 au repas; phosphore 0 gr. 001 à 0 gr. 003, sous forme d'huile de foie de morue phosphorée; glycérophosphates, etc. Pour pallier aux troubles congestifs, on recommandera le traitement des couperoses et congestions de la face (v. p. 714). Ce traitement général sera même le traitement principal dans les lupus « non fixes ».

TRAITEMENT LOCAL. — Le traitement local des lupus érythémateux est un des plus décevants parmi les traitements dermatologiques : tout peut réussir, car il existe des guérisons spontanées paradoxales, et, au contraire, une méthode qui a réussi échouera dans un cas identique en apparence et même peut aggraver le lupus; il faut donc ne pas s'entêter dans une tactique, varier sa thérapeutique, changer dès qu'une méthode ne rend plus.

— *Formes congestives et enflammées, et poussées aiguës.* On emploiera la médication calmante, antiphlogistique des eczémas : pulvérisations ou lotions à l'eau, et dans l'intervalle, les pansements humides ou les cold-cream (v. p. 183).

— *Formes subaiguës encore irritables.* On appliquera des pâtes à l'oxyde de zinc, additionnées de doses progressives de goudron, acide salicylique, résorcine, naphтол (v. p. 188).

— *Formes non irritables.* — 1° La **cryothérapie** avec le *crayon de neige carbonique* semble à l'heure actuelle le procédé le plus efficace. On l'appliquera d'emblée si on le peut et on ne recourra aux autres méthodes que si la neige a échoué.

On obtient la neige carbonique par détente brusque d'acide carbonique liquide, dans un appareil spécial; en la tassant avec une sorte de pilon, on fabrique un crayon que l'opérateur manie avec des gants de caoutchouc et une compresse. Sur la lésion décapée par un emplâtre salicylique, on appuie fortement quinze à vingt secondes, parfois plus, et on répète cette cautérisation autant de fois qu'il est nécessaire pour couvrir le lupus entier ou tout au moins un segment de plusieurs centimètres; après la séance, il se forme une brûlure que l'on panse avec le liniment oléo-calcaire et dont on surveille la guérison.

On recommence aux mêmes points quinze à vingt jours plus tard s'il est nécessaire.

— 2° Si l'on ne peut appliquer la cryothérapie ou si elle échoue, on tentera des séances de deux à cinq minutes de courants de haute fréquence ou la Finsenthérapie : avec ces deux méthodes, on aura avantage à faire au préalable des scarifications. On peut tenter encore la ra-

dio et surtout la radiumthérapie filtrées qui ont donné souvent de beaux succès¹.

— 3° Enfin si le médecin est dépourvu de ces instrumentations, il emploiera les scarifications et les caustiques.

Les scarifications linéaires sont faites quadrillées, plus ou moins profondes et très serrées, à 1 millimètre d'intervalle tous les semaines (v. p. 514); si la peau n'est pas irritable, on peut ajouter, après les scarifications, les lotions au sublimé ou au cyanure de mercure à 0,10 p. 100 et des pansements à l'emplâtre de Vigo ou à l'emplâtre rouge (v. p. 517).

Les caustiques sont nombreux et procèdent tous de la *méthode exfoliante caustique* (v. p. 359) :

— Savon noir purifié, délayé dans l'alcool, étalé sur des ronds de flanelle taillés à la grandeur voulue et appliqués pendant toute la nuit si possible, plusieurs jours de suite, par exemple une vingtaine de jours. Dans la journée, on calme l'irritation par une pâte à l'oxyde de zinc en y ajoutant, si l'état de la peau le permet : 1 p. 100 de résorcine.

— Acide salicylique et acide pyrogallique associés au 1/10 en pommade (lanoline, vaseline aa) ou plutôt en emplâtre (préparé à basse température). On les applique après désinfection soigneuse de la peau à l'alcool éther iodé à 1 p. 100.

— Acide acétique et teinture d'iode à parties égale (Gaucher) — ou acide phénique, hydrate de chloral, teinture d'iode à parties égales, — ou glycérine iodo-iodurée 1/10 à 1/2, en badigeons, tous les soirs, pure ou diluée avec de la glycérine.

On a encore vanté les pommades exfoliantes (v. p. 359); — le permanganate de potasse (v. p. 517); — les pâtes arsén-

1. La douche filiforme sous pression d'eau de La Bourboule a donné de bons résultats.

nicales (v. p. 653); — les pommades mercurielles au biiodure de mercure à $1/100$ jusqu'à $1/50$ et les emplâtres mercuriels; — l'acide lactique pendant quinze minutes en protégeant la périphérie avec de la vaseline ou un emplâtre; — l'acide chrysophanique (v. p. 236); — le perchlorure de fer, chlorure de zinc, sulfate de zinc, et sulfate de potasse, nitrate d'argent, ammoniacque; — la potasse caustique $1/20$ à $1/3$ en badigeonnages de jour en jour plus concentrés jusqu'à formation d'une escharre blanche; — l'éthylate de soude; — l'acétate de soude au $1/20$ en pansements humides, etc. Cette multiplicité de médicaments prouve leur trop fréquente inefficacité.

On se souviendra que tous ces caustiques et exfoliants sont délicats à manier. Il faut obtenir une irritation, mais en irritant la lésion, on risque d'aggraver le lupus; il faut donc surveiller de jour en jour les malades et ne pas leur confier un médicament actif sans les revoir. Dès que l'inflammation est trop vive (et c'est le point difficile à préciser), on s'arrête et on calme par des pansements humides, cold-cream, pâtes, etc.

4° En désespoir de cause, sur des lupus fixes, rebelles ou récidivants, on tentera l'air chaud à 700° , ou à défaut le thermocautère en application légère à plat, ou la grille du galvanocautère en « piquant ». Ces procédés sont délicats à manier et laissent des cicatrices. La surface brûlée sera cautérisée avec de l'acide lactique pur ou dilué au $1/3$ et pendant la période de cicatrisation, on passera la plaie au crayon de nitrate d'argent, puis au crayon de zinc.

5° Enfin, dans des cas de lupus fixe rebelle, on a pu proposer l'ablation chirurgicale. Mais la récurrence *in situ* ou dans les points environnants n'est pas rare.

FORMES VOISINES. — Des lupus érythémateux graves généralisés, il faut rapprocher certaines affections dont la

cause semble être la tuberculose, au moins dans certains cas :

— 1° *Pityriasis rubra-pilaire* et ses formes frustes : formes de transition vers le lupus érythémateux (v. p. 242).

— 2° *Pityriasis rubra grave* (v. p. 321) qui apparaît d'emblée ou succède à un psoriasis, à un eczéma, etc.

— 3° *Tuberculosés érythémato-squameuses généralisées*.

Le pityriasis rubra grave de Hebra a été rattaché par Jadassohn, Gaucher, à la tuberculose. Dans le cas confirmatif de Bruusgaard, l'autopsie révéla la tuberculose dans le derme; la malade âgée de 65 ans était atteinte d'érythrodermie exfoliante généralisée avec prurit intense et poussées subaiguës successives; à mesure que la cachexie progressait, la peau se pigmentait, tous les ganglions lymphatiques se tuméfièrent et elle mourut cinq mois après son entrée à l'hôpital.

Des lupus érythémateux bénins, on peut rapprocher les éruptions rouges, squameuses, appelées *parapsoriasis* de Brocq qui ressemblent à des psoriasis (v. p. 40), mais sont extrêmement tenaces.

Aux lupus érythémateux et à certains lupus vulgaires à tendance atrophique, se rattachent, par d'insensibles transitions, certaines *atrophies* cutanées dites « essentielles » : parfois, en effet, on retrouve, au début de ces atrophies, des lésions de lupus érythémateux ou même des grains de lupus vulgaire (v. p. 740). Ces atrophies (appelées encore vergetures spontanées, anétodermies, etc.), sont d'ordinaire arrondies, plus rarement irrégulières; leur surface fait souvent saillie parce que l'hypoderme non maintenu fait hernie à travers l'épiderme et le derme atrophié; l'épiderme est blanc bleuâtre, ou rose violacé, aminci, laissant transparent les petits vaisseaux; il est non squameux, lisse ou « fripé »; l'ensemble est mollasse à la palpation, et le doigt s'enfonce dans la plaque atrophiée comme dans un trou limité par le derme sain. La lésion est incurable. Il n'y a aucun traitement, sauf l'ablation totale.

*
* * *

4° LUPUS PERNIO

Le lupus pernio ou lupus-engelure est facile à reconnaître (fig. 83) : localisé aux parties découvertes, à la figure et surtout au nez, joues, oreilles, mains, envahissant une ou plusieurs de ces régions, il ressemble de tous points à des engelures : la peau est rouge violacée, livide, tuméfiée et infiltrée, froide et souvent douloureuse ; parfois elle est striée de dilatations capillaires. Le lupus-engelure apparaît en hiver à l'occasion du froid et l'on peut croire à des engelures banales quoiqu'elles paraissent vraiment en disproportion avec le froid qui semble les avoir produites ; les lésions sont tenaces et persistent au lieu de guérir par le traitement des engelures ; au printemps, alors que les engelures disparaissent, le lupus pernio s'atténue mais persiste ; enfin, en dehors des cicatrices qui sont consécutives à des ulcérations analogues à celles des engelures et fréquentes surtout aux oreilles, le lupus pernio peut donner une atrophie cicatricielle sans ulcération, à la façon des lupus érythémateux (fig. 83, cicatrices du nez).

Le **traitement** sera d'abord celui des engelures : eau chaude et glycérolé au tannin, etc. (v. p. 675), puis celui des lupus érythémateux, en faisant très attention à la fragilité de l'épiderme des lupus pernio qui s'ulcère rapidement.

FORMES VOISINES. — Des lupus pernio, il faut rapprocher d'autres tuberculides :

1° Les plaques rouge violacé, papuleuses, dermiques, infiltrées, de 10 à 40 millimètres, assez bien délimitées, siégeant habituellement à la face dorsale des doigts et des

maines (fig. 84) qu'on appelle parfois « *angiodermite* », d'un nom très inexact : ce sont des *lupus pernio en plaques*. L'épiderme est lisse, tendu, intact, au contraire des *lupus érythémateux* ou à peine squameux; la lésion est moins infiltrée, moins diffuse que dans les engelures. Leur nombre varie de un à quatre et souvent davantage à chaque main, leur évolution est essentiellement chronique : le traitement est celui des *lupus érythémateux*.

2° Le *naevus a pernione* de Bazin ou *angiokératome* de Mibelli (fig. 90) : les mains (exceptionnellement les oreilles, la verge, le scrotum), sont légèrement tuméfiées, comme œdématisées, bleuâtres et froides, et sur ce fond acroasphyxique sont disséminés de petits angiomes rougeâtres, de 2 à 6 millimètres, et de petits kératomes, sorte de petites plaques cornées rugueuses, blanc grisâtre ou plus foncées de 2 à 8 millimètres; souvent sous le kératome se cache un angiome. Le début est insidieux, souvent à l'occasion des froids qui provoquent des engelures. L'évolution est chronique, tenace. Le traitement est celui des engelures au début, puis celui des *lupus érythémateux*. La cryothérapie ou le galvanocautère détruiront les angiomes.

3° Au terrain scrofuleux se rattachent l'*acroasphyxie* (mains bleutées dont la teinte s'exagère en hiver) et la tendance à avoir des *engelures* graves et répétées.

*
* *

II^e série. — TUBERCULOSES GOMMEUSES

1° GOMMES TUBERCULEUSES

HYPODERMIQUES, LYMPHANGITIQUES, DERMIIQUES

Rarement les gommes *hypodermiques* sont primitivement sous-cutanées, quoiqu'on ait pu les rencontrer en n'importe quel point du tégument, même à la langue; le plus souvent elles résultent de l'envahissement de l'hypoderme par des adénites, ostéites ou ostéoarthrites tubercu-

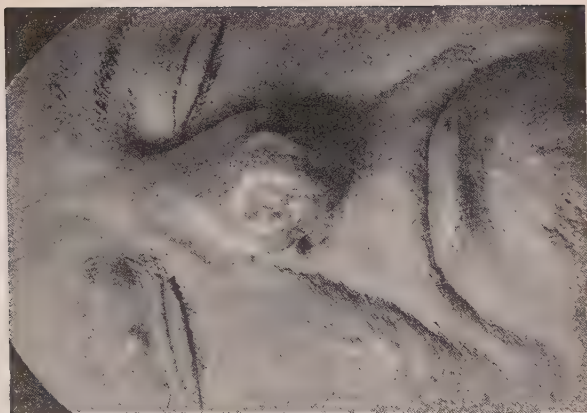


FIG. 83. — Lupus pernio du nez et des joues. (Voir page 551).



FIG. 84. — Lupus pernio en plaques des mains. (Voir page 552).

leuses, ce qui explique leurs sièges d'élection au cou et aux aines (écrouelles), près des côtes, du grand trochanter, du genou et de l'os malaire, etc. Au début, la gomme primitive est petite, grosse comme un pois ou une noisette, profonde, indolente, froide, mobile ou adhérente à la peau, qu'elle teinte de rose, de rose violacé, mêlé ou non de brun. Plus ou moins lentement elle se ramollit et donne la sensation de fluctuation : un abcès froid s'est formé que la ponction peut vider, mais parfois il n'existe encore que des fongosités mollasses et la ponction reste blanche. Puis la peau est envahie, rouge-violacée et finit par s'ulcérer ; l'ouverture reste une fistule étroite ou s'élargit (fig. 66), mais on obtient un aspect identique : bords irréguliers souvent déchiquetés et décollés, violacés, mous ; fond atone souvent mamelonné, comme fongueux ; pus séreux avec des grumeaux, etc. Souvent les lésions en progressant forment des clapiers, des décollements avec une ou plusieurs fistulisations¹. Presque toujours l'évolution est chronique, froide, la cicatrisation est lente, souvent incomplète, arrêtée par des reprises. Exceptionnellement la gomme se calcifie donnant une « pierre cutanée » indolente recouverte d'un épiderme rose ou rouge violacé. La cicatrice est irrégulière, souvent fibreuse, chéloïdienne, il n'est pas rare qu'elle devienne le point de départ d'un lupus. Exceptionnellement (j'en ai vu un cas), les gommes sont aiguës, multiples, accompagnées de fièvre et de phénomènes généraux graves.

Les *lymphangites gommeuses ascendantes* ou

1. Exceptionnellement l'ulcération végétale ressemblant à une hernie musculaire ou à un sarcome ulcéré, forme que nous avons décrite avec Léon Lévy.

« gommes en échelons » (fig. 85) ont presque toujours pour point de départ une tuberculose verruqueuse, parfois une ulcération; de là monte vers les ganglions un cordon lymphangitique, plus ou moins visible et palpable, parsemé de gommes échelonnées à des stades divers d'évolution et souvent ulcérées : les plus basses étant les plus anciennes sont les plus évoluées. Les ganglions sont plus ou moins lésés. Souvent l'obstruction des lymphatiques détermine un œdème blanc et mou, passager ou durable. Parfois cette lymphangite provoque la formation d'un éléphantiasis tuberculeux (fig. 86) et lorsque la lymphangite reste cliniquement latente, le malade paraît avoir un éléphantiasis « essentiel ».

Les *gommes dermiques* forment d'ordinaire des nodosités multiples, isolées ou agminées (fig. 87), parfois disséminées sur les lymphatiques superficiels, teintant la peau de rouge ou rouge violacé, la bosselant, subissant la même évolution que les gommes sous-cutanées, donnant des fistules et des ulcérations de même aspect, mais moins profondes quoique décollant souvent le derme et formant des clapiers.

Parfois l'ulcération se forme sur un infiltrat dermique sans nodule et sans ramollissement préalable : c'est « l'*ulcère tuberculeux primitif* » qui, une fois constitué, a tous les caractères des ulcérations tuberculeuses (fig. 66).

Parfois l'ulcération est très superficielle : *tuberculose pustulo-ulcéreuse ou crustacée de Gaucher*, simulant plus ou moins l'impetigo banal (v. p. 387), mais laissant une cicatrice¹.

1. Il faut faire mention d'une forme exceptionnelle, mais très grave de tuberculose ulcéreuse : la « tuberculose fongueuse de la peau » de Riehl. Ce sont des nodules mal circonscrits, sous-



FIG. 86. — Tuberculose éléphantiasique de la main et de l'avant bras. Tuberculose végétante humide du dos de la main.
(Voir page 554.)



FIG. 87. — Gommès dermiques fistulisées agminées (lymphangite tuberculeuse réticulée). (Voir page 554.)

Musée de l'hôpital Saint-Louis.



G. Deberque. Imp., Paris.



Le DIAGNOSTIC est à faire avec les **syphilides** (v. *Traitement de la syphilis*, p. 311), avec les **pyodermites tuberculoïdes** (v. p. 565), avec les mycoses (v. p. 585). Il faut surtout se méfier de la **sporotrichose** (v. p. 587 et fig. 105, 106, 108, 109, 111, 114). Depuis que nos travaux ont montré la fréquence de cette infection, les gommes sous-cutanées « primitives », dermiques et lymphangitiques, ont singulièrement diminué de fréquence : le diagnostic est très simple par la culture (v. p. 596 et fig. 107).

Le TRAITEMENT GÉNÉRAL est le même que celui du lupus (v. p. 530); le TRAITEMENT LOCAL varie suivant les stades :

1° Au début, on peut tenter sans grand espoir l'onguent gris ou la pommade au collargol, les pommades iodées, les applications d'eaux-mères de Salies-de-Béarn, etc.

2° Au stade d'induration ou de fongosités non ramollies, on tentera prudemment de scléroser le tissu tuber-

épidermiques superficiels ou dermiques profonds, gros comme un pois, bombant « à la surface de la peau d'abord légèrement colorée, puis brun rougeâtre; — de grandes plaques à limites irrégulières et grossièrement déchiquetées; — plaques molles ou modérément résistantes semblable à du sarcome ou au mycosis fongoïde.

Les nodules et les placards rouges s'ulcèrent rapidement. « Les ulcérations cependant s'étendaient de proche en proche de la manière que voici : leurs bords étaient parsemés de nodules dermiques qui bombaient sous l'épiderme, ces nodules suppuraient en prenant l'aspect de pustules profondes, et, en s'ouvrant, laissaient une ulcération qui confluaient bientôt avec la principale. C'est ainsi que se sont faites d'énormes pertes de substances sur le côté droit puis sur le côté gauche de la face, et que le pavi lon des deux oreilles a fini par disparaître il y a six mois. De place en place, les ulcérations se cicatrisaient parfois : il se formait alors au centre une cicatrice dure, lisse, qui parfois disparaissait de nouveau. Il y a eu de la fièvre au début; les ganglions sous-maxillaires n'étaient pas très gros » (Nanta).

culeux par le procédé de Defontaine¹. En cas d'échec, on provoquera préalablement la fluidification du tubercule, en injectant, en plusieurs points, huit à seize gouttes au total, d'un « fondant », par exemple :

Phénol sulforiciné (20 p. 100 de phénol et 80 p. 100 de sulforicinate de soude).	} à 2 gr.
Phénol camphré	
Naphtol camphré	
Essence de térébenthine.	
[CALOT]	

Deux à trois jours après ces injections, la fluctuation apparaît ; sinon on recommencerait les injections, toujours sans dépasser seize gouttes.

3° La gomme est ramollie, fluctuante ; on ponctionne sur un point où la peau n'est pas amincie, avec une aiguille de 1 millimètre de calibre au plus ; on vide le

1. Defontaine emploie le liquide suivant préparé au moment de l'injection :

Gaïacol à l'alcool liquide. .	V gouttes
Teinture d'iode	XII —
Éther.	40 cm ³

« On l'utilise en injectant chaque jour ou tous les deux jours, en un ou deux points de la lésion, une quantité de liquide variant suivant les cas, de quelques gouttes à 1/2 cm³. Plus les injections sont petites, plus la douleur est insignifiante ou nulle, tandis qu'une grande injection cause une douleur toujours très passagère, mais quelquefois pénible. La petite injection peut être répétée souvent, tandis qu'une injection forte donne un gonflement qui oblige à attendre pour la reprise du traitement à doses plus fractionnées. Toute réaction notable indique la nécessité de procéder par doses moindres. On doit pénétrer dans le foyer avec une aiguille aussi fine que possible : une aiguille de Pravaz ordinaire suffit. »

pus, et on injecte un liquide modificateur : éther iodoformé, ou, si la gomme n'est pas encore très mûre :

Naphtol camphré	2 gr.
Glycérine.	48 gr.
(Agiter longuement avant de s'en servir.)	

Si la gomme est « très mûre » on injectera plutôt :

Créosote	10 gr.
Gaïacol pur synthétique	8 gr.
Iodoforme.	10 gr.
Éther.	25 gr.
Huile d'olive stérilisée.	75 gr.

L'aiguille restant en place, on aspire et on réinjecte du liquide nouveau ; en un mot, on « lave » l'intérieur de la poche jusqu'à ce que le liquide ressorte clair ; on laisse dans la ou les poches pas ou peu de liquide, au maximum 5 centimètres cubes. On recommence cette petite opération de dix en dix jours ou de quinze en quinze jours six fois. La septième fois, on vide les poches sans rien injecter, et on applique un pansement ouaté compressif dans le but de produire l'accolement et la cicatrisation des parois.

4° Les lésions sont ulcérées ; on cautérise, après anesthésie locale stovainique, avec le chlorure de zinc, le permanganate de potasse, l'azotate d'argent, puis le crayon de zinc ou la teinture d'iode, le naphtol camphré ; ou, si ces produits irritent, avec l'acide lactique pur ou dilué, le bleu de méthylène à 1 ou 2 p. 100 ; on panse avec une poudre ou pommade au diiodoforme, au naphtol camphré, etc.

5° Les lésions restent fistulées et forment des clapiers ;

on tentera les injections de pâte bismuthée de Beck, ou 5 à 20 centimètres cubes de la pâte suivante préalablement liquéfiée au bain-marie à 42° :

Phénol camphré	}	aa 6 gr.
Naphtol camphré		
Gaïacol pur	}	aa 12 gr.
Iodoforme		
Spermaceti.	}	aa 50 gr.
Lanoline.		

[CALOT]

La radiothérapie donne des résultats très inégaux ; elle convient surtout à la période de crudité avant le ramollissement, et lors d'ulcérations torpides ou de cicatrisation vicieuse.

L'héliothérapie devrait toujours être tentée dès le début ; elle fait souvent merveille, même dans des cas rebelles ou désespérés que l'on ne pouvait traiter activement, en raison de foyers profonds ostéo-articulaires.

En désespoir de cause, et si les dégâts peuvent être supportés, on détruira les lésions largement avec l'air chaud ou le thermocautère, comme dans les lupus (v. p. 526), avec ou sans rectifications au bistouri et réunion par première intention.

FORMES VOISINES. — Aux gommès tuberculeuses, se rattachent, par transitions insensibles, des tuberculoses sarcoïdes qui jamais ne se ramollissent et ne s'ulcèrent :

1° *Tuberculose sarcoïde caséuse*. — Ce sont des gommès tuberculeuses singulières, restant dures, parfois adhérentes à la peau, qui devient violacée ou rouge, avec ou sans mélange de brun-pigmenté. Le seul traitement est l'ablation.

2° *Tuberculose sarcoïde sous-cutanée* de Darier-Roussy. —

Ce sont de petites tumeurs (de 3 mm. à 50 mm.) bénignes et multiples, à siège hypodermique, dures et souvent indolentes, apparaissant d'ordinaire insidieusement, et évoluant lentement sur une région quelconque du tronc et des membres. Leur nombre varie de 2 à 30. « Elles sont tantôt isolées, arrondies ou ovalaires; tantôt groupées de manière à constituer des cordons noueux ou de vastes placards irrégulièrement bosselés... »; mobiles sur les plans profonds, elles adhèrent, d'ordinaire, à la peau, qui devient rose violacé ou rougeâtre, et parfois se déprime. L'évolution, très lente, se chiffre par mois et par années; jamais ces lésions ne se ramollissent et ne s'ulcèrent, ce qui les distingue des gommes tuberculeuses. Darier les traite par des injections intra-fessières de calomel et l'arsenic à haute dose, en y ajoutant, en cas d'échec, des injections de tuberculine et la radiothérapie; en désespoir de cause, on en pratiquerait l'ablation au bistouri; on se méfiera des erreurs de diagnostic avec la syphilis et les mycoses¹.

Des gommes tuberculeuses, je rapproche des tuberculoses d'abord infiltrées, puis ulcéreuses, qui donnent des ulcères dits trophiques; le plus fréquent est *l'ulcère de jambe* tuberculeux. Le diagnostic n'en est guère possible cliniquement, car le sujet est rarement un tuberculeux manifeste, et son aspect est celui de la plupart des ulcères variqueux. C'est, en effet, un ulcère tuberculeux sur jambe variqueuse; on ne peut le soupçonner que si les moyens thérapeutiques habituels échouent; le traitement est la thermocautérisation (v. p. 526).

2° ÉRYTHÈME INDURÉ DE BAZIN

L'érythème induré (que des transitions progressives rattachent, d'une part, aux gommes tuberculeuses, d'autre

1. Voir page 536, note 1, ce qu'il faut entendre par sarcoïde.

part, à l'érythème noueux) s'observe surtout aux jambes (fig. 88) chez des jeunes filles scrofulo-lymphatiques, pâles, un peu bouffies, fatiguées par de longues stations debout (blanchisseuses, ouvrières); mais les lésions peuvent se voir aux cuisses, à l'abdomen, aux bras, et même à la face. Elles surviennent surtout en hiver. Elles sont peu ou pas douloureuses par elles-mêmes; aussi le début est-il habituellement insidieux, mais la jambe est souvent lourde et douloureuse.

Ce sont des nodosités (fig. 88) exceptionnellement confluentes, d'ordinaire isolées les unes des autres, au nombre de 1, 2, 6, rarement davantage, uni ou bi-latérales, atteignant surtout le membre le plus variqueux ou le plus fatigué. Ce sont des nodosités profondes, de 8 à 30 millimètres de diamètre, légèrement saillantes, teignant l'épiderme de rose ou rouge violacé. La palpation montre qu'elles sont aplaties, infiltrant l'hypoderme et envahissent le derme, qu'elles sont assez mal délimitées et souvent empâtées dans un œdème diffus, qui déforme toute la partie inférieure de la jambe.

Leur **évolution** est lente, chronique, durant rarement moins de deux mois; par le repos, surtout à la fin de l'hiver, elles se résolvent sans laisser de traces, ou laissent à peine une dépression atrophique très légère; mais souvent les nodules persistent tenaces, ou récidivent aux grandes fatigues et chaque hiver. Parfois les nodules s'ulcèrent, donnant une ulcération plus ou moins étendue et anfractueuse, à fond atone, jaune grisâtre ou jaune rougeâtre, qui suinte une sérosité sanieuse (fig. 89). La guérison est lente et laisse une cicatrice blanche à bords pigmentés.

Le **diagnostic** est à faire avec toutes les lésions

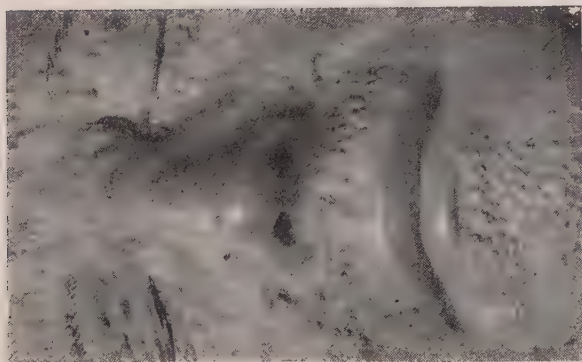


FIG. 91.
Tuberculides papulo-pustuleuxes :
variétés acnitis et folliclis.
(Voir page 566).

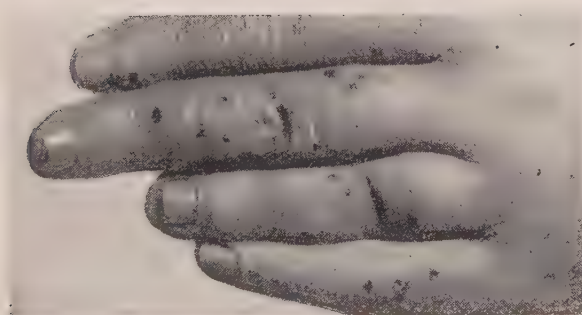


FIG. 90.
Tuberculides : angiokératome
de Mibelli.
(Voir page 552).

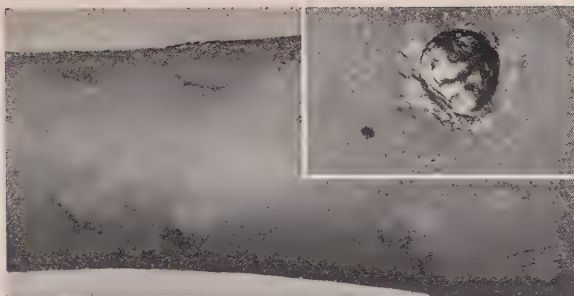


FIG. 88. — Erythème induré de
Bazin, forme classique non
ulcéreuse. (Voir page 555.)
FIG. 89. — Erythème induré
ulcéré, forme Hutchinson.
(Voir page 560).

nouveuses : gommes tuberculeuses qui se ramollissent, etc. (v. p. 553); lépreuses, qui sont anesthésiques (v. p. 573); *sporotrichosiques* (v. p. 592), et surtout *syphilitiques* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 342). On éliminera : — les noyaux phlébitiques enflammés, plus irréguliers, plus sinueux, faisant corps avec une veine variqueuse; — les toxidermies : iodurides (v. p. 684); — l'érythème nouveau (v. p. 469), dont l'évolution est aiguë, fébrile, dont l'éruption est plus disséminée, plus ecchymotique.

Le **traitement** doit être général (v. p. 530) et local :

— Repos, le pied étant placé plus haut que la hanche, et la jambe étant comprimée dans un pansement ouaté. Si la malade ne peut s'arrêter de travailler on bandera les jambes avec une bande en tricot élastique.

On a tenté avec des succès divers : — des pansements humides avec des solutions aqueuses de chlorhydrate d'ammoniaque à 1 p. 250, d'eau blanche, de sublimé à 1 p. 2000, etc.; — des pâtes mercurielles goudronnées, le cérat à l'huile de foie de morue; — des emplâtres mercuriels ou ichthyolés; — des pommades au collargol.

La forme ulcérée sera traitée comme une gomme tuberculeuse (badigeonner au bleu de méthylène, poudre de diiodoforme); puis, si la cicatrisation tarde, comme un ulcère variqueux (v. p. 59, note 1).

La tuberculinothérapie (v. p. 533) a eu, dans cette forme, ses plus grands succès.

FORMES VOISINES. — Aux érythèmes indurés, se rattachent, par transitions insensibles, les érythèmes nouveaux subaigus et aigus, les érythèmes polymorphes et les purpuras d'origine tuberculeuse (v. p. 471).

*
* *

III^e série. — TUBERCULOSE MILIAIRE ULCÉREUSE AIGÜE

Cette forme aiguë de tuberculose est rarement primitive, presque toujours elle est secondaire à une tuberculose pulmonaire. Ses sièges d'élection étant les deux extrémités du tube digestif : lèvres (fig. 67), bouche, langue, pharynx et anus, il semble bien qu'elle résulte d'une auto-inoculation par les crachats bacillaires expectorés ou déglutis. Sur la peau vague, cette forme de tuberculose est rarissime, on ne la voit guère qu'à la verge, au cours d'une tuberculose vésicale, ou une à six semaines après une circoncision faite par un mohel tuberculeux bien que la succion soit formellement interdite.

Presque indolentes sur la peau, les lésions sont très douloureuses sur les muqueuses; et souvent, lorsqu'elles siègent à la langue, elles déterminent l'otalgie.

L'aspect est caractéristique (fig. 67) : sur la muqueuse, pâle, souvent jaune violacé, on aperçoit une ulcération entourée de points jaunes ou grisâtres. (Points près du bord droit de la fig. 67.)

L'ulcération, au début très petite et ne dépassant pas quelques millimètres, peut envahir la plus grande partie de la langue ou de l'isthme bucco-pharyngé (« angine tuberculeuse aiguë »); elle est peu profonde, plate, souple, ou à peine empâtée; le fond est atone, granuleux, rouge pâle ou grisâtre, piqueté de points jaunes de 1 à 2 millimètres qui représentent des granulations tuberculeuses; il en suinte un séro-pus riche en bacilles; les bords sont pâles, rouges ou violacés, entaillés, adhérents

ou décollés, irréguliers, sinueux, souvent polycycliques par confluence de granulations ulcérées. L'ulcération progresse assez rapidement; sur la peau ou sur la lèvre, elle se recouvre souvent d'une croûte jaunâtre ou brun verdâtre, peu adhérente.

Tout autour, la muqueuse est tachetée de « points jaunes » ou plutôt grisâtres, opaques, de 1 à 2 millimètres, sous-épithéliaux, dits « grains jaunes de Trélat », qui sont des granulations tuberculeuses (fig. 67). Ces granulations grossissent, se multiplient de jour en jour, et, en s'exulcérant, forment des ulcérations satellites qui agrandissent l'ulcération déjà existante ou forment d'autres foyers ulcéreux, sur la joue, le pharynx, etc.

Les ganglions satellites sont souvent tuméfiés.

L'évolution est rapide, extrêmement grave, la mort est presque fatale si la lésion siège sur la muqueuse buccopharyngée : il s'agit d'une véritable granulie cutanéomuqueuse qui, sauf au début, est presque toujours incurable.

Le **diagnostic** est à faire avec le chancre mou, d'aspect tout différent, et qui donne du pus contenant le bacille de Ducrey (v. *Traitement de la syphilis*, p. 229), — avec l'épithélioma, plus induré, plus chronique, à bord éversé, — surtout avec les *syphilides* primaires, secondaires et tertiaires (v. *Traitement de la syphilis*, p. 258, 275, 322); en cas de doute, il ne faut pas faire de biopsie qui aggrave les lésions et est inutile, car j'ai montré que la structure peut être non folliculaire, c'est-à-dire banale; ce qu'il faut faire, c'est la recherche des bacilles. Si l'on hésitait encore, on tenterait le traitement antisypilitique, sans iode.

Si la lésion est encore peu étendue, le seul **traitement**

curatif est, après anesthésie locale, la destruction profonde, large, avec le galvano ou le thermocautère, suivie de cautérisation avec le chlorure de zinc à 1 p. 50. Sur la peau, on pourrait, après la destruction par le feu, enlever au bistouri et réunir par première intention. Jamais il ne faut employer la curette. Les jours suivants, on touche avec l'acide lactique, ou avec une solution de permanganate de potasse à 1 p. 20, et si la région s'y prête, on poudre avec du diiodoforme, etc.

Malheureusement, dans la plupart des cas, on est réduit au traitement palliatif :

1° Enrayer la marche progressive au moyen de caustiques : naphtol camphré, chlorure de zinc, solution de permanganate à 2 p. 100, et même permanganate en poudre, solution de bleu de méthylène 1 à 2 p. 100 ; on vante surtout l'acide lactique pur ou le mélange suivant, moins douloureux :

Acide lactique	2 à 15 gr.
Acide phénique	1 à 5 gr.
Glycérine	20 gr.

Si la région le permet, on panse ensuite avec une poudre et pommade au diiodoforme, ou au peroxyde de zinc.

2° Soulager les douleurs par des badigeonnages ou des pulvérisations de solution de stovaïne.

*
* *

IV^e série. — TUBERCULOSES A PETITS NODULES DERMIIQUES

1° LICHEN SCROFULOSORUM

Le lichen scrofulosorum (fig. 92) est, en apparence, la plus minime des tuberculides ; il est rare que des malades

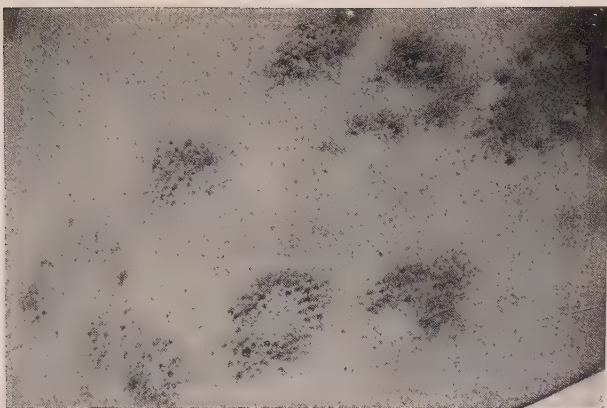


FIG. 92. — Lichen scrofulosorum. (*Voir page 560*).

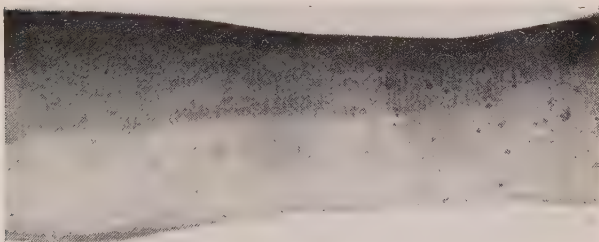


FIG. 93. — Tuberculides papulo-nécrotiques en activité. (*Voir page 562*).



FIG. 94. — Cicatrices de tuberculides papulo-nécrotiques blanches avec auréole pigmentée. (*Voir page 563*).

viennent consulter pour elle, tant l'éruption est indolente et paraît insignifiante; d'ordinaire c'est à l'occasion de l'examen complet d'un tuberculeux torpide, porteur de ganglions, d'ostéite ou de lupus, que le médecin découvrira cette tuberculide.

Elle siège presque exclusivement sur le tronc. Le plus souvent, les lésions se groupent, mais sans se confondre, en plaques multiples, d'inégale grandeur, d'un à plusieurs centimètres, de formes irrégulières ou arrondies; parfois même elles dessinent des cercles (fig. 92).

Ce sont de très petites papules (fig. 92), de 1 à 3 millimètres, tantôt de couleur indécise, ne tranchant pas sur le reste de la peau, tantôt blanc-jaunâtre, ou rouge-brunâtre, acuminées à sommet squameux d'ordinaire, exceptionnellement vésiculo-pustuleux, et fermes au toucher.

Leur évolution est lente, se chiffrant par mois ou par années; parfois surviennent des poussées toujours indolentes; elles guérissent sans laisser de traces; parfois, pourtant, on remarque de très petites cicatrices blanches ou pigmentées.

Il est facile de les distinguer du lichen plan (v. p. 279), de l'acné cornée et de la kératose pileaire, caractérisées par un cône corné (v. p. 703), du pityriasis rubra-pilaire (v. p. 242 et fig. 13). Au contraire, le diagnostic est souvent difficile, et même impossible, avec les eczémas à vésicules disséminées simples ou surséborrhéiques (v. p. 154), avec les pityriasis péripilaires (v. p. 374) et avec les *syphilides lichénoïdes* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 282).

Le **traitement** est, avant tout, un traitement général (v. p. 530), et en particulier, l'héliothérapie. Localement, on usera, d'abord, du traitement de l'eczéma sec non

irritable : savon de goudron, pâte salicylée ichthyolée ; l'emplâtre ou le cérat à l'huile de foie de morue, avec ou sans goudron, usurpe un peu sa renommée. Puis, si ces premiers essais ne réussissent pas, on usera du traitement des dermatoses squameuses non irritables (v. Psoriasis, p. 236) : pâte cadique salicylique résorcinée ; pâtes mercurielles et même acide pyrogallique, savon noir, etc.

FORME VOISINE : *L'eczéma scrofulosorum* (de Bœck) est un type assez mal défini, et comprend sans doute, à côté de véritables épidermites bacillaires, des éruptions eczéma-teuses vraies et des épidermites microbiennes, banales chez des tuberculeux, 771. Sur le tronc et sur les membres, on voit des plaques jaunâtres ou rougeâtres, sèches, légèrement squameuses, plus ou moins infiltrées. Parfois cette lésion se complique de suintement qui forme des croûtes.

Le traitement est le même que celui du lichen scrofulosorum.

2° TUBERCULOSES PAPULO-NÉCROTIQUES ET PAPULO-PUSTULEUSES

Ces tuberculides (fig. 91, 93, 94) surviennent insidieusement, souvent chez des tuberculeux latents (d'où leur importance pronostique), surtout aux avant-bras et aux mains, aux membres inférieurs, plus rarement sur le tronc et à la figure¹.

1. La variété dite *acnitis* de Barthélemy (fig. 91) siège d'ordinaire à la figure, au front et sur les tempes ; les nodules, au nombre de 2 à 5, rarement davantage, sont plus profonds, hypodermiques en même temps que dermiques ; ce sont de petits nodules durs de 3 à 5 millimètres qui bientôt rougissent la peau, deviennent fluctuants, s'ulcèrent en laissant sourdre une à deux gouttes de séropus et parfois même une petite masse nécrosée, sorte de bourbillon minuscule. Trois à cinq jours plus tard, la peau se recouvre d'une croûte brun noirâtre et se cicatrise lentement.

Les éléments sont presque toujours multiples et souvent d'âge différent. La lésion naissante est une tache de 2 à 4 millimètres, rosée ou violacée, qui bientôt devient papuleuse et grossit (tuberculide papuleuse, fig. 91). D'ordinaire elle dépasse ce stade et devient vésiculeuse; dans les cas typiques, la vésicule s'ombilique comme aspirée dans le nodule, et à ce moment, on a un nodule rouge ou rouge violacé, de 4 à 8 millimètres, centré par une petite tache blanchâtre déprimée, correspondant à la vésicule (T. papulo-nécrotique, fig. 93). Bientôt le liquide se trouble (tuberculide papulo-pustuleuse), la vésico-pustule forme une croûte arrondie, noirâtre de 2 à 4 millimètres, souvent entourée d'un liséré squameux; quand on arrache cette croûte, on découvre une ulcération putéiforme, c'est-à-dire très étroite et profonde.

Les lésions évoluent par poussées successives irrégulières, chaque élément durant environ 4 à 8 semaines. Parfois l'ulcération s'étend et se creuse, arrivant à donner des ulcérations de 8 à 15 millimètres, parfois davantage, atones, violacées et tenaces, identiques à des gommules tuberculeuses. Le plus souvent, elles restent bénignes et guérissent en laissant une cicatrice assez caractéristique, petite, blanche, entourée d'un cercle brun pigmenté (fig. 94), exceptionnellement chéloïdienne.

Le **diagnostic** est à faire avec les *syphilides acnéiformes* (v. *Traitement de la syphilis*, p. 278), et surtout avec les *pyodermites* et folliculites streptococciques et staphylococciques tuberculoïdes. J'ai, en effet, montré la fréquence des erreurs de diagnostic (*Progrès médical*, 1912, nos 20 et 21); on fera le diagnostic en découvrant des lésions associées débutantes qui sont des folliculites banales et en voyant ces folliculites banales évoluer vers

l'aspect tuberculoïde; on apprendra que ces soi-disant tuberculides ont atteint leur acmé en 8-10 jours, alors que la tuberculide demande au moins 15 jours; enfin le traitement antiseptique local guérit rapidement ces pyodermites, alors qu'il a peu d'action sur les véritables tuberculides.

Le traitement est, avant tout, général : arsenic, etc. (v. p. 530). Localement on recommandera les savonnages au savon de goudron, les lotions mercurielles avec du sublimé ou cyanure au 1/2000, 1/1000. Les attouchements avec le permanganate de potasse au 1/20 ou la teinture d'iode, ou l'eau d'Alibour, puis des pansements avec des emplâtres mercuriels, arrêteront parfois l'évolution (?). Si les tuberculides s'ulcèrent, on les traitera comme des gommules ouvertes : cautérisation avec bleu de méthylène, 0,50 à 2 0/0 et poudre de diiodoforme, etc. Dans les formes rebelles on pourra tenter les injections de tuberculine ou de 914 (?).

FORMES VOISINES : Des transitions insensibles rattachent à ces tuberculides des éruptions plus rares, d'origine sans doute tuberculeuse : tuberculides papuleuses et nodulaires..., tuberculides bulleuses, pemphigoïdes et tuberculides suppuratives..., tuberculides miliaires, papuleuses ou papulo-vésiculeuses ou papulo-squameuses, atrophiques, à nodules isolés ou en nappe : les petites papules squameuses laissent des cicatrices comparables à celles que donnerait la pointe fine du galvanocautère, etc.

*
* *

POLYMORPHISME DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Tous ces faits prouvent le polymorphisme des tuberculoses cutanées. Il faut encore ajouter à ces séries de

faits : — des tuberculoses fibreuses, fibromes isolés, fibromes en nappe, donnant de larges plaques de blindages, simulant parfois des sclérodermies (v. p. 694¹) ; des chéloïdes (v. p. 736) le granulome annulaire ; — des tuberculoses tumorales² : lymphadénome, lymphosarcomes, sarcome et peut-être lipome bacillaires (v. p. 659 et fig. 147) ; — des formations polykystiques³ ; — des tuberculoses atrophiques donnant des atrophies so-disant essentielles (v. p. 738 et fig. 164-165) ; le kraurosis vulvaire ; — des éléphantiasis ; — le pityriasis rubra grave (v. p. 321), etc.

*
* * *

TUBERCULOSE CUTANÉE SYMPTÔME AVERTISSEUR

Pour terminer, je ne saurais trop insister sur l'importance pronostique des tuberculoses cutanées : elles sont souvent le *symptôme avertisseur* d'une tuberculose profonde, restée jusque là latente. Que d'histoires analogues à celle-ci ne pourrait-on pas citer : une petite fille a de l'érythème noueux, puis des tuberculides papulo-nécrotiques discrètes, dont on méconnaît la nature malgré mon insistance, et quelques mois plus tard, elle meurt de méningite tuberculeuse ! Ne pourrait-on pas enrayer ces tuberculoses viscérales, si on était averti assez tôt ? Or, souvent, la lésion cutanée est le premier signe qui vient avertir le médecin de prendre garde.

1. Gougerot et Dénéchau, *Revue de méd.*, 1916 n° 9-10 p. 664.

2. Gougerot : Les réactions néoplasiques des tissus au bacille de Koch. *Journ. de phys. et pathol. générale*, nov. 1908, n° 5, p. 1066.

3. Avec Ombrédonne, je suis un cas de lésion polykystique, probablement synoviale du poignet indolent, démontrée tuberculeuse par l'inoculation, teignant la peau de violet, n'atteignant ni les os ni l'articulation. Cette lésion s'accompagnant de nodosités dures sous-cutanées et accolées au périoste près du coude.

CHAPITRE XV

LÈPRE

Progression actuelle de la lèpre en France, p. 570.

Formes cliniques et diagnostic : Débuts frustes et larvés, p. 570 ;
Formes tuberculeuses, p. 573 ; Formes nerveuses, p. 574 ; Évolution, p. 576 ; Diagnostic bactériologique, p. 576.

Traitement, p. 577. I. Traitement reconstituant général, p. 577 ;
II. Vaccinothérapie, p. 577 ; III. Traitements médicamenteux antilépreux, p. 579 ; IV. Traitements locaux, p. 581 ; Nécessité d'un traitement prolongé et d'une longue surveillance, p. 582.

Par suite de l'incurie des pouvoirs publics, la lèpre, infection due au bacille de Hansen, devient de plus en plus fréquente en France, et le médecin doit compter avec cette infection, ne serait-ce que pour prévenir la contagion. Il doit surtout en connaître les modes de débuts frustes et larvés, car à son début, il semble possible d'arrêter l'évolution de l'infection.

DÉBUTS FRUSTES ET LARVÉS : Tantôt le début se fait par des **éruptions cutanées nodulaires** :

— Nodule isolé, véritable chancre lépreux, qui a tous les caractères des lépromes (v. p. 573 et fig. 97), ce qui le distinguera des lupus, des syphilides papuleuses, des néoplasies sarcomateuses, etc. En l'enlevant, on peut espérer éteindre la lèpre. (Voir notre travail, *Tribune médicale*, 2 mars 1906).

— Poussées aiguës fébriles, avec troubles généraux, et souvent névralgies diverses, douleurs rhumatoïdes ; érup-

tions cutanées, généralisées, de papules ou de nodules rosés, ressemblant à l'érythème polymorphe, mais hyperesthésiques ou anesthésiques.

— Nouures des membres inférieurs ressemblant à l'*érythème noueux*, fébrile et arthralgique; mais les nodules sont anesthésiques. On note parfois déjà des nouures des nerfs.

Exceptionnellement le *symptôme révélateur* est une dermite érysipéloïde, une « roséole » simulant la roséole syphilitique, une alopecie, une « pseudo-pelade », un syndrome éléphantiasique, etc.

Tantôt le début est caractérisé par des **troubles nerveux** :

— Rarement névrite aiguë, atrocement douloureuse, d'un ou des deux bras, prédominant souvent exclusivement sur le nerf cubital. (*Tribune médicale*, 1906, n° 48, p. 757.) Plus souvent la névralgie est chronique, frappant surtout le cubital mais il ne s'agit pas de névralgie banale, car le nerf est augmenté de volume moniliforme et fusiforme.

— Le plus souvent ce sont des taches de 10 à 100 millimètres érythémateuses, puis érythémato-pigmentées (mal rouge de Cayenne), enfin pigmentées brunâtres (fig. 99), restant parfois isolées, uniques pendant plusieurs années. Elles siègent surtout aux membres inférieurs et sur le tronc; leur grandeur, leur forme, leur teinte, leur évolution, sont très variables: il en est de petites et de grandes, de très claires à peine visibles et au contraire des foncées, des lisses et des squameuses, des taches uniformes (fig. 99) et des annulaires (fig. 101) ou circinées; leurs bords sont rouges ou brunâtres, nets ou diffus, parfois serpigineux; il en est même des décolorées, achromiques, entourées d'une large zone diffuse pigmentée, etc. (lèpre vitiligo ou morphée). Certaines disparaissent rapidement, sans devenir pigmentées; d'autres restent indélébiles; quelques-unes semblent être d'emblée pigmentées, sans doute parce que la période érythémateuse a passé inaperçue... *Lenteur*

d'évolution, évolution de l'érythème vers la pigmentation anesthésie, telles sont leurs caractéristiques, sans compter les signes associés : nerfs noueux, etc. Ces signes facilitent le diagnostic avec les eczémas, psoriasis, pityriasis, parapsoriasis, etc., qui sont plus squameux, avec les érythrodermies prémycosiques, qui sont plus diffuses et très prurigineuses (v. p. 664), avec les vitiligos et sclérodermies (v. p. 694), avec les syphilides pigmentaires et érythèmes circonscrits tertiaires (v. *Traitement de la syphilis*, p. 332).

— Exceptionnellement éruption de bulles pemphigoïdes très discrète : parfois il n'y a qu'une seule bulle qui récidive à intervalles irréguliers au même point, ou dans le même territoire cutané. Tantôt la bulle guérit, mais en laissant une tache *pigmentaire anesthésique*; tantôt elle s'exulcère ou s'ulcère profondément; souvent ces ulcérations sont rebelles (lèpre ulcéreuse, lazarine), surtout aux membres inférieurs; la guérison est lente et donne une cicatrice à bords pigmentés d'ordinaire anesthésique. Ces caractères différencient cette variété de lèpre des autres éruptions bulleuses (v. p. 248).

— Exceptionnellement encore, les symptômes nerveux du début de la lèpre donnent une paralysie isolée : radiale par exemple (voir *Iconographie de la Salpêtrière*, janvier 1910) (*névrite paralytique*) ou simulent une syringomyélie, une amyotrophie du type Aran Duchenne, etc. (*névrite amyotrophique*); un panaris analgésique de Morvan, une maladie de Raynaud, une sclérodermie, une ostéite raréfiante, des os du nez par exemple, etc.

Tantôt enfin le début est marqué par des **symptômes plus frustes** encore, coryza chronique, avec, parfois, épistaxis, tuméfaction ganglionnaire. La signification de ces localisations échappe, si le milieu lépreux ne fait pas penser à la lèpre et seule la constatation du bacille de Hansen permettra d'être affirmatif.

Après des débuts si divers, la lèpre reste fruste ou pro-



FIG. 96. — Lépromes hypertrophiques du lobule de l'oreille et lépromes nodulaires de la joue. (Voir page 573).

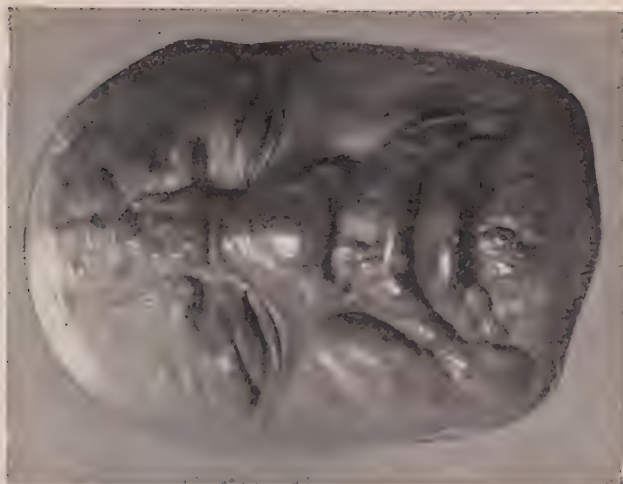


FIG. 95. — Lèpre « tuberculeuse » ou mieux tubéreuse à nodules confluentes : faciès léonin, chute des poils. (Voir page 573).

gresse, revêtant deux grandes formes : **L. tuberculeuse** et **L. nerveuse**, qui, en se mêlant, donnent le type le plus fréquent ou **lèpre mixte**.

FORMES TUBERCULEUSES. — La forme « tuberculeuse » donne un aspect caractéristique et frappant (fig. 95, 96, 97, 98, 100).

Tantôt les « tubercules » sont assez rares (fig. 97), ils tuméfient le lobule de l'oreille (fig. 96), ils déforment les sourcils, surtout leur partie externe (et, en même temps, ils les rendent alopeciques); ils épatent les narines ou bossellent le menton; les poils de la moustache et de la barbe tombent et deviennent très rares, alors que les cheveux sont souvent bien conservés. Les nodules isolés des membres apparaissent souvent, d'abord aux mains et aux avant-bras (fig. 98).

Tantôt les « tubercules » sont très nombreux, agminés et même confluent, le facies est hideux : léontiasis lèpreux (v. fig. 95).

La plupart sont dermiques (fig. 97), ou à la fois hypodermiques et dermiques (fig. 100). Récents et aigus, les « tubercules » lèpreux forment des plaques dermiques papuleuses, des nouures rosées ou rouges, à bords plus ou moins diffus, parce que infiltrés d'œdème. Chroniques, ils dessinent des papules saillantes, plus ou moins grandes, à surface plane (fig. 98), et surtout des nodules hémisphériques (fig. 97) de 2 à 20 millimètres de diamètre et parfois davantage, rouge pâle brunâtre, ou rouge cuivré brun ou brun fauve (fig. 100) avec parfois des télangiectasies; ils sont alopeciques, et d'aspect gras luisant par hypersécrétion séborrhéique. La palpation donne une sensation de fermeté, d'élasticité très spéciale. Les troubles de sensibilité sont de règle mais *non constants*¹ : parfois hyperesthésie, le plus souvent hypoesthésie au tact. Certains restent hypo-

1. De Beurmann et Gougerot : Lépromes non anesthésiques. *Soc. Dermat.*, 7 déc. 1907, p. 480.

dermiques, formant des bosselures à peine visibles à l'œil, mais facilement décelées par la palpation.

Les lépromes restent immobiles pendant des semaines, puis régressent lentement et s'affaissent; l'épiderme semble atrophié et prend un aspect plissé, qui, avec la teinte brun fauve, donne aux lépromes en régression un aspect caractéristique (fig. 100 : léprome en nappe).

L'ulcération est rare, et due d'ordinaire à des causes secondaires : traumatisme, brûlure favorisée par l'anesthésie, infection secondaire, mais lorsqu'elle est constituée, elle est longue à se cicatriser, parce que la peau est dystrophique et qu'il y a souvent névrite dans le territoire cutané.

A ces nodules, peuvent se mélanger des taches de 3 à 10 centimètres de diamètre, d'un rouge pâle ou violacé, souvent mêlées de brun, sur lesquelles peuvent naître des « tubercules » lépreux.

L'évolution est lente, irrégulière, se chiffrant par années; certains lépromes régressent, d'autres apparaissent insidieusement. Sur ce fond de lèpre chronique, viennent fréquemment s'ajouter des poussées éruptives fébriles, aiguës : les muqueuses, les yeux, les viscères peuvent être envahis.

En résumé : plaques et nodosités convexes, de teinte brun rouge ou brun fauve, chute des sourcils; aspect glabre et huileux dû à l'hypersécrétion sébacée; hyperesthésie ou plus souvent anesthésie; consistance élastique; aspect atrophique plissé de l'épiderme sur les lésions en régression; coryza, névrite noueuse du cubital¹, etc., tels sont les signes qui serviront à distinguer la lèpre des sarcomes (v. p. 637), des mycosis fongoïdes (v. p. 661), etc.

FORME NERVEUSE (fig. 99 et 101). — D'emblée ou après une éruption de taches érythémato-pigmentées ou de bulles, la lèpre nerveuse se complète lentement. Le facies est tout

1. On se méfiera de ne pas confondre avec un nerf noueux des ganglions sus-épithrochléens échelonnés.

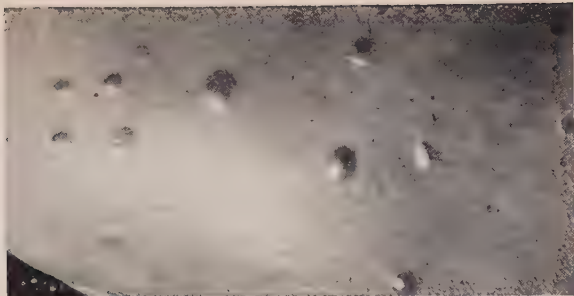


FIG. 97. — Lépromes tuberculeux, ou mieux tubéreux convexes disséminés : lépromes élémentaires. (Voir page 569).



FIG. 98. — Lépromes papuleux en plaques, disséminés et confluent des mains. (Voir page 569).

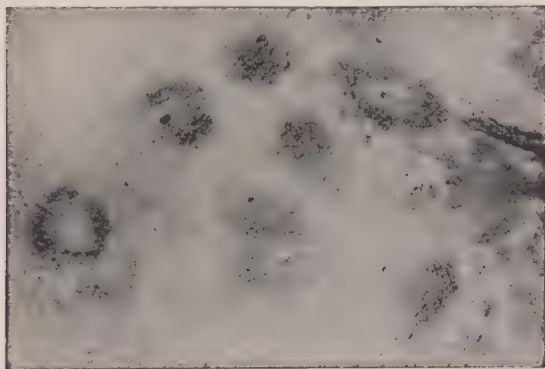


FIG. 99. — Lepre maculeuse pigmentée, anesthésique, du thorax. (Voir page 567).

différent du léontiasis de la lèpre nodulaire : la peau est tendue, lisse, atrophiée, souvent pâle (*facies antonin*). les membres sont le siège de névrite, surtout dans le domaine des nerfs cubitaux et aux membres inférieurs.

Ces névrites se traduisent par les signes habituels des névrites : — douleurs névralgiques continues et paroxystiques ; — hyperesthésie passagère, puis anesthésie durable à topographie périphérique, presque toujours symétrique, frappant d'abord la sensibilité thermique, puis la sensibilité douloureuse ; retard des sensations perçues (il y a donc deux sortes d'anesthésie dans la lèpre des anesthésies diffuses, larges, dues à la névrite et des taches petites dues aux lésions cutanées) ; — atrophie musculaire et diminution parallèle de la force musculaire, frappant surtout les extrémités des membres et donnant les aspects de mains de singe, de griffe cubitale, etc., atteignant parfois la face, surtout l'orbiculaire des paupières, ce qui donne à la figure et au regard une immobilité sans expression ; — troubles trophiques divers : atrophie sénile et plissement de la peau, desquamation ; ulcérations trophiques interminables ; épaississement et chute des ongles ; panaris trophonévrotiques mutilant les mains, reproduisant donc l'aspect de la maladie de Morvan ; gangrènes sèches, momifiantes, puis mutilantes ; atrophies osseuses ; œdème éléphantiasique, masquant les atrophies musculaires sous-jacentes, etc. Les nerfs, à la palpation, sont gros, durs, noueux. Avec De Beurmann et Roubinovich, nous avons publié la première observation de psychose polynévritique (*Bulletin médical*, 1906, nos 21 et 22) et étudié l'état mental des lépreux (*Icônogr. de la Salpêtrière*, 1910).

A côté de ces formes nerveuses complètes, se classent des **formes frustes** : ressemblant à la maladie de Morvan (panaris analgésique), à la maladie de Raynaud (gangrène des extrémités), à la syringomyélie, aux amyotrophies dites primitives, aux sclérodermies et peut-être ces muti-

lations des orteils par formations de bride appelées *aïnhum*. Leur diagnostic n'est possible que par la constatation des signes associés : nerfs noueux, lépromes, tache pigmentée anesthésique, ou par le séro-diagnostic.

ÉVOLUTION. — L'évolution est très lente. Tantôt, la maladie s'arrête, surtout sous le climat français : les lépromes régressent, les névrites s'immobilisent, le malade ne guérit pas au sens strict du mot, mais l'infection ne progresse plus. Tantôt les lésions s'aggravent, le malade devient cachectique du fait des ulcérations ou des localisations viscérales : il finit par mourir dans un état lamentable.

Le pronostic est donc toujours réservé et sombre ; on a pourtant cité des guérisons réelles, contrôlées à l'autopsie (Jeanselme), qui doivent redonner courage au thérapeute.

DIAGNOSTIC BACTÉRIOLOGIQUE. — Lorsque les signes énoncés ci-dessus, l'évolution, les renseignements étiologiques laissent dans le doute, il faut recourir au diagnostic bactériologique.

Trois cas se présentent en pratique :

1° Le malade est porteur de lésions cutanées en activité. On prélève de la sérosité par raclage ou scarification et on en fait des frottis, que l'on sèche et fixe à l'alcool. Mieux encore, on prélève avec un bistouri un fragment que l'on envoie au laboratoire dans un flacon rempli d'alcool, afin de faire des coupes à la paraffine. On colore frottis et coupes par la méthode de Ziehl, suivant la technique employée dans la recherche du bacille tuberculeux : les bacilles lépreux apparaissent rouges, groupés en amas intra ou extra-cellulaires, sur le fond de la préparation teinté en bleu. Si ce procédé échouait, on enverrait au laboratoire un fragment frais de tissu, en demandant de le solubiliser par l'antiformine-ligroïne qui permet de recueillir tous les bacilles d'un gros bloc de tissu.

2° Le malade n'a pas de lésions cutanées, ou il n'a plus que des lésions en voie de guérison, dépourvues de bacille :

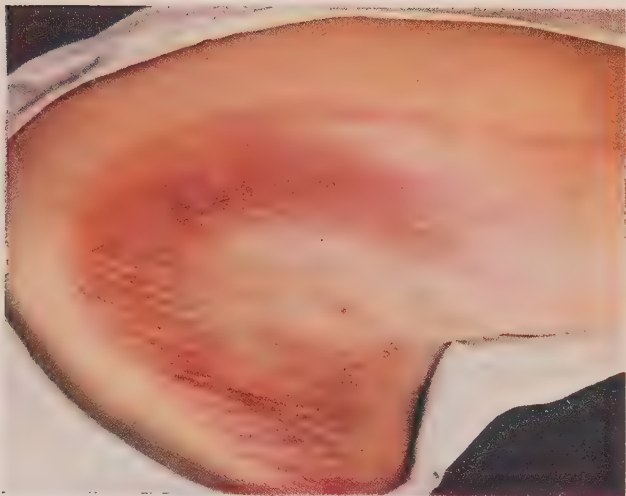


FIG. 100. — Lépre en nappe, brun-fauve, épiderme plissé, tendance à la régression cicatricielle. (*Voir page 570*).



FIG. 101. — Lèpre maculeuse pigmentée et achromique, anesthésique, du thorax, aspect d'anneau et de vitiligo. (*Voir page 567*).

on tentera, par l'ingestion de 2 grammes d'iodure de potassium pendant plusieurs jours, de mettre en évidence les lésions endonasales, si fréquentes dans la lèpre; on recueillera le mucus sur lame, on l'étalera, fixera et colorera par la méthode de Ziehl, en se méfiant que le nez peut contenir des bacilles acido-résistants non pathogènes; on ne tiendra donc compte que des bacilles lépreux typiques, c'est-à-dire groupés en amas « globi », et à la fois acido-et-alcool-résistants.

3° Les essais précédents ont échoué, on prélèvera du sang et on enverra le sérum pour faire faire un séro-diagnostic lépreux (Gaucher et Abrami). Nous avons proposé de tenter encore avec la léproline de Rost ou avec nos vaccins lépreux, le léproline-diagnostic homologue du diagnostic de la tuberculose par la tuberculine.

TRAITEMENT. — En dehors des mesures prophylactiques, le traitement de la lèpre doit être à la fois : I, reconstituant, II, vaccinothérapique, III, médicamenteux, IV, local. On doit associer ces divers traitements et non les opposer.

I. Traitement général reconstituant. — Ce traitement est analogue à celui de la tuberculose, cure d'air, *climat tempéré*, cures médicamenteuses : créosotées, arsenicales, etc., que l'on alternera avec les séries de médications anti-lépreuses.

On a préconisé la quinine, le salicylate de soude, le salol, l'acide phénique à la dose de 0,05 à 0,40 par jour au moment des poussées.

On défend, dans l'alimentation, l'alcool, les poissons, les salaisons, charcuterie, etc. (?).

II. Vaccinothérapie. — On se sert soit de la léproline de Rost¹ extraite de cultures lépreuses, malheureusement

1. De Beurmann et Gougerot, *Soc. méd. des Hôp. de Paris*, 6 déc. 1907, n° 35, p. 1397.

difficile à se procurer, soit de nos vaccins bacillaires faciles à préparer : sur le malade ou sur d'autres lépreux porteurs de lépromes, on enlève à la curette les lépromes (c'est d'ailleurs le meilleur traitement local), on sépare au bistouri les parties inutiles, épiderme et tissu adipeux, puis on broie les lépromes riches en bacilles, on les émulsionne dans l'eau salée ou dans le sérum de Ringer, on enlève les paquets adipeux surnageants, on dose à l'hématimètre de Malassez en comptant les paquets bacillaires, on dilue, le cas échéant, de façon à avoir dix paquets environ dans dix rectangles de cet hématimètre, on répartit en ampoules et on stérilise soit par un chauffage de cinq minutes à 100°, soit par sept tyndallisations à 70°.

On injecte dans la fesse ou dans la région deltoïdienne, 5 à 20 centimètres cubes de léproline, ou 1 à 5 centimètres cubes de nos vaccins, en se guidant, pour le choix de la dose, d'après la richesse de l'échantillon fourni, l'état du malade, les réactions aux injections précédentes, comme dans les traitements de la tuberculose par les tuberculines; mais il ne faut pas craindre de provoquer dans la lèpre une réaction générale, fébrile et locale, ce que l'on ne fait pas dans la tuberculinothérapie. On répète les injections tous les six, huit, douze, quinze jours suivant ce qu'a duré la réaction à l'injection précédente. Ce traitement le plus efficace connu, qui a amené des « guérisons », c'est-à-dire l'arrêt de l'infection, est contre-indiqué chez les lépreux cachectiques, albuminuriques, ou tuberculeux, en raison des réactions souvent très vives¹.

1. On a utilisé, avec des succès diversement interprétés, des paravaccins, c'est-à-dire des injections de cultures tuées ou de toxines de *Nocardia*, parasites voisins du bacille lépreux. C'est ainsi que nous avons essayé des paravaccins nocardiques, et que Deycke Pacha a préparé la *Nastine*. On commence par 0,1 à 1 cm³ de Nastin β^0 , si le malade est atteint de lèpre nerveuse ou oculaire, par 1 cm³ de Nastin β^1 si la lèpre est cutanée; on augmente de huit en huit jours les doses de façon à ne pas provo-

III. Traitements médicamenteux antilépreux. — Le médicament classique est l'huile de Chaulmoogra ou son extrait : l'acide gynocardique et son éther.

L'huile de Chaulmoogra se prend *par la bouche* à la dose de X à CCC gouttes chaque jour et même D gouttes, en capsules kératinisées pour ne pas irriter la muqueuse gastrique, au début ou à la fin des repas; le régime lacté absolu est nécessaire pour supporter de fortes doses. La dose utile moyenne est de cent gouttes; malheureusement, malgré le régime lacté, l'huile est rarement tolérée à cette dose pendant plus de deux mois. On l'administrera alors dans des suppositoires ou *lavements* en émulsionnant l'huile dans du lait ou plutôt on recommandera les *injections* intra-fessières¹ de 1 à 5 centimètres cubes, deux à trois fois par semaine de la formule de Pomaret : Verser dans une éprouvette 70 centimètres cubes d'huile de Chaulmoogra fondue, ajouter de l'eucalyptol jusqu'au trait 100; agiter; filtrer sur papier; répartir en ampoules scellées et stériliser à 100°.

L'acide gynocardique sera ordonné dans l'intervalle des cures d'huile de Chaulmoogra à la dose quotidienne de 3 à 10 capsules de 0 gr 20 d'acide ou de 3 à 15 pilules de 0 gr 30 de gynocardate de magnésic ou de soude par la bouche. L'éther éthylique de cet acide (appelé « antiléprol ») serait mieux toléré : on l'ordonne en capsules gélatineuses de 0,50 ou 1 gr., en commençant par 1 gr. pour atteindre 5 gr. de réaction d'après Deycke ou au contraire une faible réaction d'après Lie. — Puis on injecte 1 à 2 cm³ de Nastin β², on répète et on augmente de la même façon... pour arriver à la Nastin β³. Les résultats sont très discutés.

1. Brocq et Varham disent avoir obtenu de bons résultats avec les injections intra-veineuses d'huile de Chaulmoogra en émulsion au titre de 72 centimilligrammes par centimètre cube de liquide. Ils injectent tous les deux jours, en commençant par un quart de cm³, et en augmentant de 0 cm³, 1 à chaque injection jusqu'à concurrence de 2 cm³; ils font une trentaine d'injections, ils laissent reposer le lépreux puis recommencent les injections intra-veineuses ou sous-cutanées (*Progrès médical*, 1916, p. 19).

et même 10 grammes par jour. On peut encore l'injecter à la dose de 1 à 2 centimètres cubes dans les muscles.

D'autres médicaments ont été préconisés et ont donné des améliorations inconstantes : — injections intra-veineuses de cyanure de cuivre et de potassium¹ ou de 0,01 à 0,02 de cyanure de mercure (voir *Traitement de la syphilis*, p. 85). — Ingestion de 2 à 3 grammes d'iodure de potassium(?), prudemment surveillée de façon à ne pas obtenir une réaction trop vive. — Injections de 606 et 914 qui guérissent d'après certains auteurs, échouent pour la plupart des léprologues. — Ichthyol 0,25 à 2 grammes par jour en pilules (?)

— Baume de Gurjum, 2 à 12 grammes par jour divisés en 3 doses avant les repas, par exemple :

Baume de Gurjum.	} à 2 à 12 gr.
Poudre de gomme arabique.	
Sirop de cachou.	12 à 20 gr.
Infusion de badiane.	60 à 100 gr.

(Boire, aussitôt après, un peu de vin.)

[VIDAL].

— *Extrait de palétuvier* (*Rhizophora mangle*) préparé avec l'écorce de palétuviers âgés de cinq à six ans. Duque et Moreno donnent matin et soir une cuillerée à café d'extrait fluide ou un bol de 0 gr. 50 d'extrait mou et ils augmentent d'une cuillerée ou d'un bol chaque semaine jusqu'à atteindre 12 cuillerées ou 8 grammes d'extrait mou par jour. En même temps ils conseillent des bains avec une décoction d'écorce de palétuvier et ils pansent les ulcérations avec une solution aqueuse de 30 p. 100 d'extrait fluide.

1. Takano a traité 6 lépreux par ce procédé (voir p. 533, note 1). « Contrairement à ce qui s'observe chez les tuberculeux, les lépreux présentent peu ou pas de réactions locales ou générales. » Les doses peuvent donc être plus élevées et plus rapprochées que chez les tuberculeux : 16 ou 20 milligr. par semaine. « Au bout de 7 à 8 injections, on peut observer de la congestion de la face, une respiration profonde, de l'accélération du pouls, signes analogues aux troubles anaphylactoides signalés après les injections de Salvarsan. »

— *Hoang-nan* (*Ecorce de Strychnos gaulthériana*), médicament dangereux qu'on ne donnera que par courtes séries de douze à vingt jours en surveillant le malade et en le soumettant au régime lacto-végétarien ou lacté sans prendre aucune boisson alcoolisée. On interrompt dix jours et on reprend une série nouvelle, etc. Le premier jour le malade absorbe matin et soir une des pilules :

Alun.	0 gr. 01
Sulfure natif d'arsenic (réalgar). . .	} à à 0 gr. 02
Hoang-Nan.	
Gluten Q. s. pour une pilule.	[GILBERT et YVON].

On augmente d'une pilule chaque jour à chaque repas jusqu'à atteindre 20 à 24 par jour, au total.

IV. Traitements locaux. Toutes les pommades et tous les emplâtres ont été essayés : à l'huile de Chaulmoogra, à l'ichthyol, au calomel, à la résorcine, etc. Par exemple :

Huile de Chaulmoogra	40 gr.
Vaseline	50 gr.
Paraffine	10 gr.
ou :	
Baume de Gurjum.	} à à 500 gr.
Eau de chaux.	
ou :	
Ichthyol.	100 gr.
Axonge	70 gr.
Huile d'olive	30 gr.

Lèpre nodulaire. La radio et la radiumthérapie ont donné de bons résultats. Ces moyens étant indolents, on pourra les employer au début de la cure, quitte à recourir à la thermocautérisation dans la suite.

Les lépromes nodulaires des régions non esthétiques seront curettés sous anesthésie s'il le faut et la plaie sera cautérisée à l'air chaud ou au thermocautère ; on panse avec une pommade ichthyolée ou avec l'ichthyol pur ou mieux encore avec le mélange de baume de Gurjum et d'eau de chaux, parties égales. La cicatrisation sera surveillée et aidée au besoin par des cautérisations à l'acide phénique, etc.

Les lépromes maculeux et papuleux en régression, les lépromes de la face et les placards trop étendus pour être curettés seront traités par le « repassage » d'Unna. Avec un fer à repasser de blanchisseuse, on repasse tous les jours les lépromes protégés par plusieurs doubles de flanelle jusqu'à ce que le malade ne tolère plus la chaleur. A la face on pourra, en cas d'échec, tenter avec Unna la cure exfoliatrice (v. p. 359) en calmant l'irritation par une pâte ichthyolée.

Par des précautions minutieuses, notamment par des onctions d'huile phéniquée à 1 p. 400, on évitera la plupart des ulcérations lépreuses si pénibles et si lentes à guérir. Les ulcérations existantes seront cautérisées avec l'eau iodo-iodurée ou le nitrate d'argent, et pansées avec une pâte au peroxyde de zinc au 1/10 ou au sous-carbonate de fer au 1/5. La thermocautérisation, les boues radioactives, le radium sont souvent les meilleurs cicatrisants.

Lèpre nerveuse. Dans la lèpre nerveuse, sans négliger les traitements habituels électriques pour combattre l'amyotrophie et les névrites, on diminuera les douleurs névritiques par la radio- et radiumthérapie; on corrigera les troubles paresthésiques et les troubles trophiques: mal perforant plantaire, etc., par les applications de courants de haute fréquence.

Des chirurgiens américains disent avoir obtenu la « guérison de la lèpre nerveuse par le ratissage des nerfs lépreux » (?)

14

Le traitement général et local (repassage) devra être poursuivi longtemps après la guérison apparente des lésions. Un lépreux « cliniquement guéri » ne doit plus avoir de lésions actives et ne doit plus réagir aux injections de vaccins. Des examens répétés du sérum permettront de suivre et d'assurer, avec plus de certitude qu'autrefois, la guérison clinique.



FIG. 102. — Rhinosclérome sortant du nez,
ulcérant la sous-cloison, envahissant la peau.
(Voir page 583).

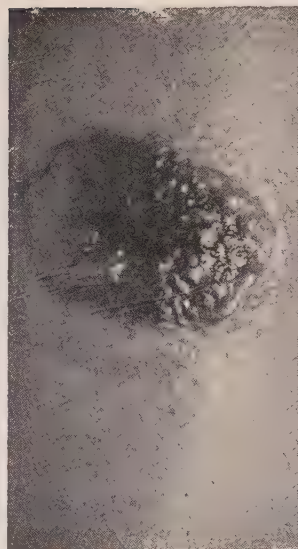


FIG. 103.
Pustule charbonneuse.
(Voir page 483).



FIG. 104. — Boutons des Pays chauds ou clous de Biscra.
(Voir page 56).

CHAPITRE XVI

RHINOSCLÉROME

Cette infection, due à un bacille spécial, bacille de Frisch, voisin du pneumo-bacille, s'observe presque exclusivement chez des malades provenant de Russie, d'Autriche et des pays balkaniques.

Localisée au nez et à la lèvre supérieure (fig. 102), elle envahit lentement le voile du palais, le pharynx, le larynx et finit, après dix, quinze, vingt ans, par entraîner la mort.

Le rhinosclérome commence par du nasonnement, du coryza, des épistaxis. On verrait alors à l'examen endonasal des plaques épaisses, rouges, cuivrées, rosées ou grises, dures, chondromateuses, indolentes. Puis le nez se tuméfie en masse et peu à peu des narines, on voit sortir des lésions, analogues à celles de l'intérieur du nez, qui gagnent la lèvre supérieure (fig. 102) : le nez est épaté, les narines sont obstruées et plus ou moins exulcérées et tout autour sur le nez se disséminent des nodules aplatis rouges ; la lèvre supérieure est transformée en masse dure, chéloïdiforme.

En cas de doute, la biopsie montrerait des cellules macrophages contenant le bacille caractéristique.

Le **traitement** était, jusqu'à la radio- et la radiumthérapie, assez illusoire.

Le meilleur est un traitement mixte : irradiations et cautérisations au nitrate d'argent, chlorure de zinc, arseni

caux, acide salicylique, phénique, potasse, etc. (v. p. 653). On peut lui associer le raclage ou mieux la thermocautérisation des masses infiltrées, suivie de cautérisation caustique et de pansements avec une pommade iodo-iodurée, mercurielle ou pyrogallique à 10 p. 100. On peut encore essayer des injections interstitielles d'acide salicylique 1 à 2 p. 100 ou d'acide osmique à 1 p. 100.

On a tenté à l'intérieur divers traitements généraux : mercure (606, 914), arsenic, salicylate de soude, iodure de potassium, ce dernier peut être dangereux.

L'ablation est inutile puisqu'elle ne peut être totale et que la récurrence est certaine; tout au plus fera-t-on des opérations palliatives : désobstruction des narines, etc.

CHAPITRE XVII

MYCOSES

SPOROTRICHOSES — MYCOSES NOUVELLES

MYCOSES ANCIENNES

Fréquence et importance pratique, pronostique et thérapeutique des mycoses, p. 586.

SPOROTRICHOSES. I. Fréquence et ubiquité des sporotrichoses, p. 587; II. Importance pratique du diagnostic de sporotrichose, p. 588; III. Polymorphisme clinique, p. 591; tous les tissus peuvent être lésés : formes cliniques principales: IV. Facilité et rapidité du diagnostic bactériologique, p. 596: culture sans laboratoire; séro-diagnostic; V. Traitement: traitement général, p. 597; traitement local, p. 598; malades intolérants à l'iode, p. 601.

NOUVELLES MYCOSES : *Hémisporose, mycodermoses, cladiose, acremoniose*, etc., p. 602. Ce qu'il est essentiel d'en retenir, mêmes méthodes de diagnostic et de traitement que pour les sporotrichoses.

MYCOSES ANCIENNES : *Exascoses* (ou *Blastomycoses*), leur polymorphisme, p. 604 : mycose de Gilchrist, p. 603; diagnostic, p. 605; traitement, p. 606.

— *Pieds de Madura* (ou *mycétomes*), p. 606.

— *Actinomycoses* et *Nocardoses*, p. 607; localisations et symptômes, p. 608; diagnostic bactériologique, p. 610; pronostic et traitement, p. 611.

Traitement des mycoses rebelles. Les quatre temps de l'action thérapeutique, p. 611; nécessité d'une surveillance prolongée, p. 609.

Résumé. Critique du diagnostic de mycose et règles générales de conduite, p. 610.

Les mycoses sont les infections dues à des champignons; leur fréquence apparaît de plus en plus grande depuis qu'écoulant nos appels, on les recherche systématiquement. Leur importance, nous le répétons depuis 1906, est capitale pour le praticien, car la plupart des mycoses, faciles à guérir par l'iodure lorsqu'elles sont diagnostiquées, étaient jusqu'alors confondues avec la syphilis, la tuberculose, la morve, les ostéomyélites chroniques, etc., dont on sait la gravité. L'honneur de ce mouvement nouveau revient tout entier à la médecine française : c'est en effet à la suite de nos travaux de 1906 en collaboration avec M. de Beurmann, que les mycoses jusque là méprisées des cliniciens sont entrées avec les sporotrichoses dans la pratique courante¹. Il nous fallut à cette époque lutter contre les railleries, l'indifférence, la routine et, malgré que la cause soit aujourd'hui gagnée, les médecins n'accordent pas encore assez de place aux mycoses. Nous en avons pour preuves des erreurs de diagnostic encore trop nombreuses pour le plus grand dommage des malades. Même lorsqu'ils sont malades, des médecins oublient de discuter ce diagnostic sauveur : dernièrement encore nous recevions les lettres d'un de nos confrères atteint depuis de longs mois d'ostéomyélite et d'arthrite sporotrichosiques du genou, que tous ses confrères, ses maîtres de la ville voisine qu'il était allé consulter à plusieurs reprises, lui-même croyaient tuberculeuses; grâce à ce diagnostic les lésions empiraient; un hasard fait lire un jour à notre confrère une de nos conférences; il se demande s'il n'est pas atteint de ces my-

1. Consulter notre petit livre, De Beurmann et Gougerot, *Nouvelles Mycoses*, collection Léauté, et notre traité *Les Sporotrichoses*, Félix Alcan, éditeur.

coses dont on parle tant, il ensemence des tubes, nous les envoie : c'était une sporotrichose typique. Elle guérit en quelques semaines sans opération par quelques grammes d'iodure de potassium ! Que de soucis, quelles pertes de temps et d'argent se serait-il évités s'il y avait songé plus tôt ! Quel désastre si l'on avait persisté dans l'erreur de diagnostic ! On serait arrivé à l'amputation, comme dans plusieurs cas semblables !

Ce sont les sporotrichoses qui ont été l'occasion de ce mouvement nouveau. Elles ont attiré l'attention vers des mycoses anciennement connues et qui restent exceptionnelles, en France tout au moins : actinomycoses et nocardoses, exascoses (ou blastomycoses), mycodermoses, aspergilloses, etc. Elles ont été l'occasion de la découverte de mycoses nouvelles : hémisporose, mycodermose, cladiose, acremonose, etc., qui, découvertes en suivant la même pensée, au moyen des mêmes méthodes diagnostiques, bénéficient, elles aussi, des bienfaits du traitement ioduré. C'est donc en prenant les sporotrichoses pour exemple que nous résumerons ce qu'il est essentiel en pratique de connaître des mycoses, puis nous grouperons autour des sporotrichoses quelques renseignements indispensables concernant les autres mycoses.

*
* * *

SPOROTRICHOSSES

Maladie de De Beurmann et Gougerot

I. Fréquence et ubiquité des sporotrichoses. — Les sporotrichoses sont, à l'exception des teignes, les plus fréquentes des mycoses en France. Jusqu'en mars 1907,

nous étions seul avec MM. De Beurmann et Ramond, à en avoir publié 4 cas. Or on en comptait 30 à la fin de 1907, 60 à la fin de 1908, 100 à la fin de 1909, 200 à la fin de 1910. Le nombre augmente de plus en plus. La chose paraît banale aujourd'hui, alors qu'on la niait au début, et l'on ne peut plus dénombrer les cas, car l'on ne publie plus que les observations extraordinaires. Que l'on ne croie donc pas que cette absence de publication indique la rareté de cette maladie : nullement. Il ne se passe pas de mois sans que nous n'en découvriions un ou plusieurs exemples.

La sporotrichose ne frappe pas seulement l'âge adulte, ainsi qu'on l'a prétendu inexactement : nous avons vu un vieillard de 84 ans en être atteint et nous avons suivi avec Ehrmann un bébé qui commença sa sporotrichose à l'âge de 14 mois !

Paris n'a pas seul le privilège de cette mycose, nous pourrions citer tour à tour toutes les provinces françaises, tous les pays d'Europe et tous les États des deux Amériques. La sporotrichose est une maladie mondiale, on la rencontre jusqu'en Asie, Afrique et Océanie.

En un mot, quel que soit l'âge du malade, quel que soit le pays où le médecin exerce, il peut avoir l'occasion de rencontrer les sporotrichoses.

II. Importance pratique, pronostique et thérapeutique du diagnostic de sporotrichose. — Le diagnostic de sporotrichose a permis de guérir des malades condamnés tuberculeux, syphilitiques, morveux ; il les a rassurés sur leur avenir et il a sauvé déjà plusieurs malheureux de l'amputation.

« Pris pour un tuberculeux, on condamnait le sporo-

trichosique au repos prolongé et trop souvent à la suralimentation; on essayait, mais sans grande conviction, des topiques locaux, et voyant les plus énergiques échouer, on s'en remettait à la *natura medicatrix* pour guérir le malade; la maladie s'aggravait lentement... Si par hasard le patient guérissait à la suite de médications dont les iodotanniques avaient fait les frais, on gardait toute espèce de réserves pour son avenir, on avait toutes difficultés à ne pas le voir promis à d'autres manifestations bacillaires.

« Pris pour un syphilitique, traité par le mercure, le sporotrichosique voyait sa maladie se prolonger et s'aggraver; heureux si, revenant à la vieille pratique d'associer l'iodure au mercure, le médecin voyait les gommages guérir; mais le patient restait justiciable de toutes réserves pronostiques, puisque la syphilis qui semblait l'avoir atteint dans le passé, le menaçait dans l'avenir. » (Landouzy, *Presse médicale*, p. 1909, n° 89.)

Que d'histoires vécues ne pourrions-nous pas rapporter : père de famille accusé de syphilis et que nous avons toutes les peines à dissuader du suicide! — pauvre petite commerçante condamnée tuberculeuse, restant des mois à l'hôpital et ruinée! — médecin que l'on croit syphilitique et qui, renonçant à toute vie active de crainte de syphilis cérébrale, allait briser une carrière brillante, — ouvrier qui, soi-disant atteint de syphilis des os ne guérissant pas par le mercure et l'arsenic, allait être amputé, — malheureux moribond soi-disant tuberculeux ayant lassé ses médecins, relégué dans un coin, condamné à une mort prochaine et sauvé en six semaines, — pauvre femme atteinte de sporotrichose du pharynx qu'on croyait tuberculeuse, maigrissant de 18 kilogrammes, souffrant à ne plus dormir, condamnée

par les plus savants spécialistes et sauvée par l'iodure que lui administre le Dr Quellien! (*Paris médical*, 1913, n° 36); — médecin atteint de sporotrichose du bras que l'on craint être de nature morveuse et, pour ce, on thermocautérise profondément la plaie initiale du doigt, le chirurgien dissèque et enlève la traînée des lésions depuis le doigt jusqu'à l'aisselle; — femme atteinte de pyélonéphrite sporotrichosique que l'on croit gravidique et l'on force le chirurgien à enlever le rein! — prétendus cancers et soi-disant sarcomes ayant résisté au radium et à la radiothérapie, guéris en quelques jours, préservés de l'opération et de la cachexie! etc., etc.

Que de malheureux surtout ont failli être amputés! Le malade de Josset Moure, opéré quatre fois sans succès pour ostéomyélite chronique, traînait depuis trois ans d'hôpital en hôpital et, de guerre lasse, on lui proposait l'amputation comme à plusieurs de mes malades; en six semaines il a guéri par quelques grammes d'iodure sans nouvelle opération. Et que l'on ne nous objecte pas que nos craintes sont chimériques : plusieurs fois le diagnostic a été fait trop tard, les malades ont été amputés. Les exemples les plus terribles sont ceux rapportés par Duque : *deux malades ont subi la double amputation des cuisses*, un troisième l'amputation du bras et, *malgré ces mutilations*, la sporotrichose ne s'arrêtait pas, elle n'a guéri que lorsque le diagnostic exact fut posé, permettant le traitement ioduré.

Que d'*accidents du travail* ne sont que des sporotrichoses¹! Méconnue, la mycose progresse, arrêtant l'ou-

1. Gougerot et Blum : Sporotrichose accident du travail (obs. nouvelle de sporotrichose due au *Sp. Gougeroti*). *Soc. Dermatologie*, 4 juin 1914, p. 307.

vrier, forçant les compagnies à verser des fortes indemnités, alors qu'en quelques semaines l'iodure les guérit. Si le diagnostic est fait, l'arrêt de travail n'est que de quelques jours, car nous n'hospitalisons plus les sporotrichosiques, d'où économie pour les municipalités, les assistances et les malades ! Dernièrement nous voyions un mécanicien blessé à la tête dans son travail, atteint depuis plus d'un an de deux véritables éponges purulentes de chaque côté de la tête envahissant le cuir chevelu, le cou, etc., repoussantes d'aspect, ayant même entraîné des troubles cérébraux graves. En huit jours de traitement, le malade était transformé et, en une vingtaine de jours, il guérissait. Ces lésions si intenses, si hideuses, donnèrent un des plus beaux succès thérapeutiques de notre série !

III. Polymorphisme clinique des sporotrichoses. — Les *sporotrichoses peuvent léser tous les tissus* : hypoderme, derme, épiderme, glandes cutanées, os, articulations, synoviales, muscles, ganglions, œil, gorge, larynx, langue, nez, rein, poumon, testicules... ! Ils peuvent créer *toutes les formes cliniques possibles*, chroniques le plus souvent, mais parfois subaiguës et même aiguës. Pour décrire toutes ces formes, il nous faudrait des pages et des pages, il est plus simple de retenir qu'il est du devoir absolu du médecin de penser aux sporotrichoses devant toute lésion qui autrefois n'éveillait dans son esprit que l'idée de tuberculose, de syphilis, de morve, de suppurations chronique ou subaiguë. Il est nécessaire de discuter ce diagnostic, même dans les cas de tuberculose et de syphilis qui semblent les plus évidents. C'est seulement en y pensant toujours que l'on en découvrira quelques cas, pour

le plus grand bonheur du bénéficiaire. Il nous suffira donc de citer quelques exemples parmi les plus fréquents :

— **Gommes multiples sous-cutanées disséminées**, au nombre de 5, 6, 12, 30, parfois 100 et plus, chiffre que n'atteignent pas les gommes syphilitiques sous-cutanées. Elles n'ont pas de prédilection pour les membres inférieurs, au contraire de la syphilis. Les unes sont indurées et petites, les autres de la grosseur d'une noix. Elles se ramollissent d'abord au centre et à la superficie, d'où résulte au doigt un ramollissement en cupule. Ce ramollissement se produit rapidement en trois à six semaines, presque toujours sans mouvement inflammatoire et sans douleur, au contraire des gommes syphilitiques. Les gommes sporotrichosiques abcédées adhèrent à la peau sans l'ulcérer, elles s'immobilisent au stade d'abcès; même quand on les incise, elles se referment et l'abcès se reforme sous la cicatrice; elles contiennent un pus visqueux et non du bourbillon, la ponction peut donc les vider complètement; elles résistent au mercure; enfin les lésions des muqueuses sont exceptionnelles, tous signes qui distinguent cette forme de sporotrichose des gommes syphilitiques. L'état général reste intact.

— **Gommes multiples ulcéreuses** (fig. 105 et 106) analogues aux précédentes, mais ulcérant la peau. Elles donnent : — tantôt des fistules et ulcérations *tuberculoides* étroites à bords violacés, décollés, irréguliers, souvent déchiquetés (fig. 106), — tantôt des ulcérations *syphiloides* largement ouvertes, à bords abrupts, rouges ou violacés, infiltrés, adhérents, curvilignes, à fond parfois même bourbillonneux (fig. 105), — tantôt des lésions *ecthymatiformes*, — tantôt des *abcès chauds* avec œdème simulant un abcès banal ou un furoncle, etc. Souvent les fistules sont si étroites que seule la pression les dénonce en faisant sourdre une goutte de pus. Souvent les fistules sont doubles, triples et les orifices cutanés restent séparés par des ponts étroits de



FIG. 105. — Sporotrichose gommeuse sous-cutanée ulcéreuse, syphiloïde, à larges ulcérations, à bords curvilignes à pic, à fond bourbillonneux. (Voir page 588).



FIG. 106. — Sporotrichose gommeuse sous-cutanée, ulcéreuse fistulisée, tuberculoïde : gommès violacées à fistules étroites. (Voir page 588).

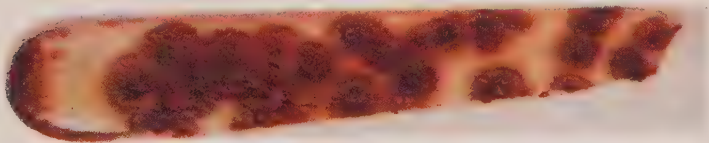
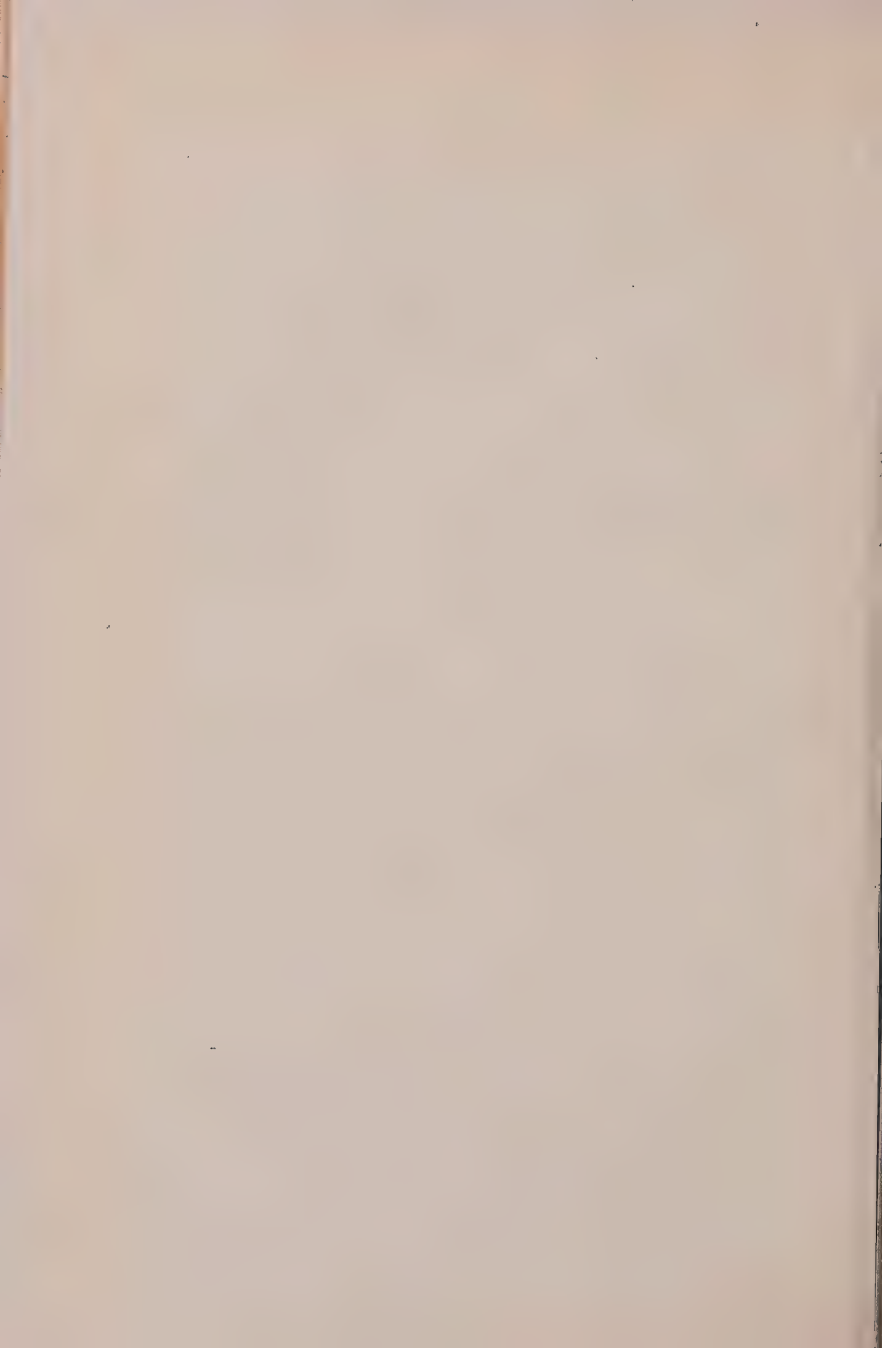


FIG. 107. — Culture de *Sporotrichum Beurmanni* sur gélose glycosée peptonée, âgée de 20 jours : colonies caractéristiques par leur teinte brun-chocolat, leur relief en chaîne de montagnes, leurs auréoles. (Voir page 592).



peau rouge violacé. Le pus est visqueux, verdâtre ou au contraire séreux, citrin; il n'y a pas de bourbillon. Les auto-inoculations sont fréquentes autour des lésions ouvertes donnant des lésions acnéiformes, végétantes ou verruqueuses, exceptionnellement trichophytoïdes. Les cicatrices ont la grandeur des ulcérations, elles sont donc ou petites ou grandes, mais les bords sont d'ordinaire déchiquetés en languettes habituellement pigmentées (fig. 111). Souvent même ces languettes mal accolées restent flottantes ou forment des ponts.

Le mélange de lésions d'aspect différent est fréquent et constitue même un excellent signe diagnostique. Ce mélange résulte de trois polymorphismes : — polymorphisme d'évolution : lésions d'âge différent; — polymorphisme lésionnel : lésions tuberculoïdes, syphiloïdes, ecthymatiformes, acnéiformes, trichophytoïdes; — polymorphisme d'association : lésions dermiques, épidermiques, osseuses, etc. Parfois même une des lésions prise isolément présente des caractères mixtes, elle est syphiloïde sur un segment, tuberculoïde sur un autre.

L'évolution des gommès est rapide, aboutissant en quelques semaines à la suppuration et à l'ulcération. L'état général est peu ou pas atteint, les adénites sont inconstantes.

Toutes ces lésions régressent par l'iodure de potassium pris en quantité suffisante, c'est-à-dire à la dose de 4 grammes par jour. Mais, et c'est là encore un signe diagnostique important, elles récidivent *in situ*, presque fatalement, si on ne poursuit pas le traitement ioduré plusieurs semaines après la guérison apparente.

— **Grands abcès, unique ou multiples, sous-cutanés, musculaires ou osseux**, contenant du pus ou de la sérosité ou du liquide huileux, renfermant jusqu'à 500 cm³ de liquide et parfois davantage.

— **Sporotrichose localisée lymphangitique** (fig. 108 et comparez figure 83). Lorsque le tableau est complet on a : —

1° un *chancre* d'inoculation. Ce chancre est tantôt une ulcération sans caractère, tantôt un abcès, tantôt une gomme, tantôt et plus souvent un placard végétant et suintant ou verruqueux et sec simulant une tuberculose verruqueuse, tantôt et exceptionnellement une pustulette acnéiforme insignifiante en apparence; — 2° une *trainée lymphangitique*. Les gommes à divers stades d'évolution, échelonnées sur le trajet d'un ou de plusieurs vaisseaux lymphatiques, sont reliées ou non par un cordon induré appréciable; — 3° des ganglions tuméfiés, d'ordinaire simplement indurés et froids, parfois suppurés. Certaines lymphangites donnent le syndrome éléphantiasique.

Un ou deux de ces trois éléments peuvent manquer et l'on a par exemple des gommes en échelons sans chancre et sans ganglion, ou des placards verruqueux isolés, ou des *adénites* sans autres lésions; ces adénites sont tantôt chaudes, simulant l'adénophlegmon, tantôt froides, confondues avec la tuberculose, etc.

Le diagnostic s'appuie : — sur l'évolution rapide, souvent subaiguë en quelques jours ou en quelques semaines, bien qu'il y ait des exceptions, — sur l'aspect mixte du chancre, souvent à la fois végétant et suintant, verruqueux et sec, — sur la présence de microabcès surmontant les végétations et d'abcès intradermiques, d'où résulte une suppuration en écumoire de gouttes de pus visqueux riche en polynucléaires; — sur la fréquence des auto-inoculations dermiques environnantes : abcès folliculaires, etc.; — sur le polymorphisme des gommes en échelons; — sur la bonne conservation de l'état général; — enfin sur la guérison par l'iode.

— **Sporotrichoses dermiques** simulant les tuberculoses *végétantes* et *verruqueuses* (fig. 110 et 114), les scrofulodermes (fig. 114), les lupus (fig. 109), les sarcoïdes; les syphilides papuleuses, ulcéreuses, crustacées; les acnés; les épithéliomas, etc.; mais dans les sporotrichoses, on

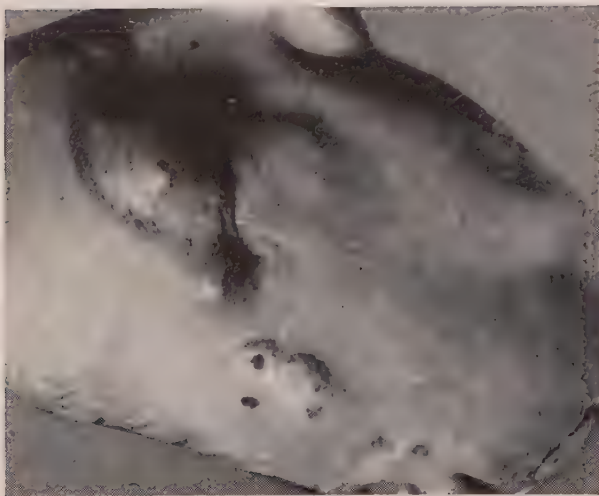


FIG. 108. — Chancres verruqueux et végétant du front, lymphangite gommeuse allant du front à l'oreille, adénite préauriculaire, plaques verruqueuses parotidiennes. (Voir page 593).

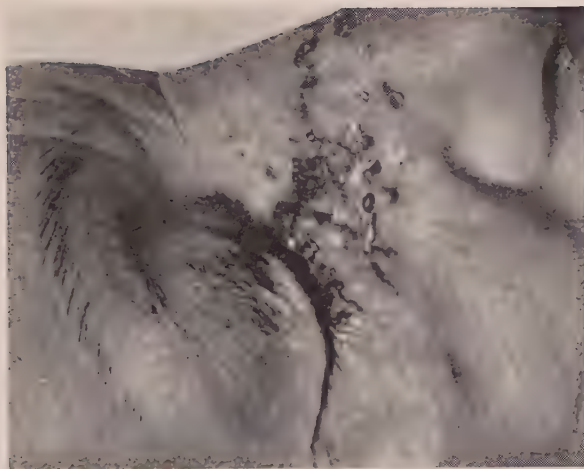
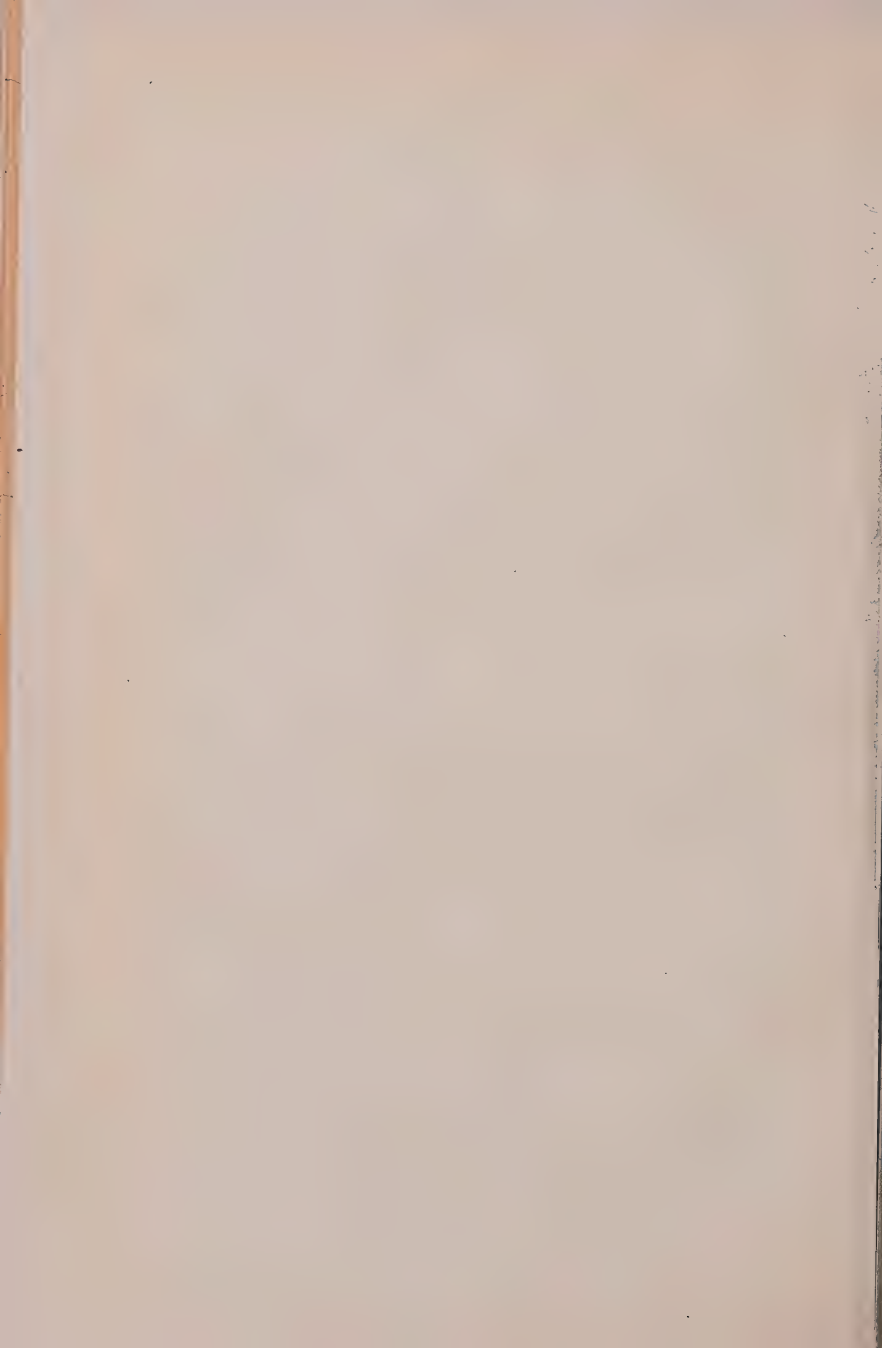


FIG. 109. — Sporotrichose gommeuse dermique, ulcero-croûteuse lupiforme avec gommules dermiques et microabcès. (Voir page 594).



retrouve presque toujours des gommules dermiques donnant des microabcès (fig. 109 et 110).

— **Sporotrichoses épidermiques** simulant les pityriasis banaux de la face (fig. 113), l'eczéma et toutes les dermites érythémato-squameuses, et même l'herpès circiné trichophytique.

— **Sporotrichoses extra-cutanées.** Elles sont tantôt *associées* à des lésions cutanées qui en facilitent le diagnostic, tantôt isolées semblant *primitives* cliniquement. Elles peuvent atteindre *tous les tissus* :

Sur les *muqueuses* elles donnent toutes les variétés d'angine, stomatite, glossite, laryngite, rhinite érythémateuses, végétantes, ulcéreuses, suppurées. A l'œil elles peuvent créer toutes les lésions possibles : conjonctivites granuleuses, iritis, etc., jusqu'à la panophtalmie suppurée. Toute lésion des muqueuses qui s'accompagne de traînées lymphangitiques gommeuses ou d'adénite doit être suspectée de sporotrichose ; nous avons même vu un cas à la muqueuse du gland simuler un chancre mixte !

A la *mamelle*, dans les *muscles*, les *ganglions* (*Orthopédie et tub. chirurgicales*, 1914, n° 4, p. 415), elles produisent toutes les formes inflammatoires connues simulant les abcès chauds à microbes pyogènes, la syphilis, la tuberculose surtout, et parfois même un cancer.

Aux *os*, *articulations synoviales*, elles donnent tout ce qu'il est possible d'imaginer depuis la périostite jusqu'à l'abcès intraosseux, le spina ventosa et la fracture spontanée, depuis la simple hydarthrose jusqu'à la tumeur blanche, depuis la synovite subaiguë jusqu'à la synovite à grains rhiziformes !

Dans les *viscères*, on a déjà signalé des orchio-épididymites, congestion pulmonaire, phtisie, pyélonéphrite, et nos expériences font prévoir que toutes les localisations viscérales sont possibles.

Les sporotrichoses n'intéressent donc pas seulement le dermatologiste, mais encore les médecins en général ;

les chirurgiens, ophtalmologistes, otorhinolaryngologistes, accoucheurs, pédiatres et même les psychiatres et médecins légistes. Il faut en faire le diagnostic sans attendre que le malade soit devenu cachectique, car la mort survient alors parfois, malgré le traitement ioduré. Le pronostic dépend donc vraiment de la science du médecin, sauf quelques cas rares d'association de tuberculose qui empêche le traitement ioduré.

IV. Facilité et rapidité du diagnostic bactériologique.

— Dès qu'on a pensé au diagnostic de sporotrichose, on serait inexcusable de ne pas chercher à le vérifier, car il n'est pas de méthode plus simple et plus rapide.

Si l'on peut ensemençer du pus, des squames, des débris de tissus, on fera la culture sur gélose glycosée-peptonée de Sabouraud suivant la technique que nous avons réglée en 1906 (voir *Traitement de la syphilis*, p. 605), il suffit d'avoir des tubes contenant ce milieu spécial très facile à préparer et que l'on vend tout faits dans le commerce¹. L'ensemencement se fait au lit du malade, il doit être large : on coule à la surface de chaque tube 10 à 20 gouttes de pus et on ensemece trois tubes au moins ; on referme avec le tampon de coton, mais on ne remet pas le capuchon de caoutchouc. Les tubes sont laissés à la température ordinaire d'une pièce chauffée autant que possible (et non mis à l'étuve), à l'abri des odeurs de formol, etc. Les jours suivants, plus ou moins rapidement suivant la température, on voit apparaître des taches blanches ternes, auréolées qui, bientôt, vers le 5^e, 6^e jour, grossissent, puis se circonvoient, deviennent café au lait, brun chocolat et enfin brun noir (v. figure 107). L'aspect à l'œil nu vers le 8^e au

1. Billon-Poulenc envoie des nécessaires de culture, composés d'après nos indications avec notices explicatives et figures.

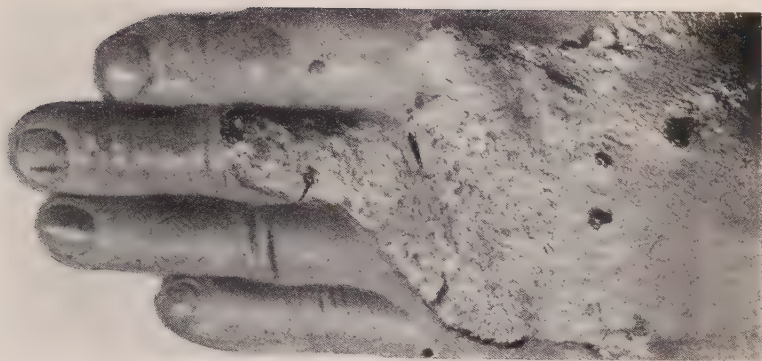


FIG. 110. — Sporotrichose verruqueuse sèche, large placard verruqueux avec gommules marquées par des croûtes noirâtres. (*Voir page 595*).



FIG. 111. — Cicatrice à bords déchiquetés et pigmentés d'une gomme sporotrichosique. (*Voir page 593*).

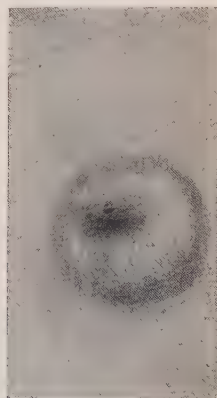
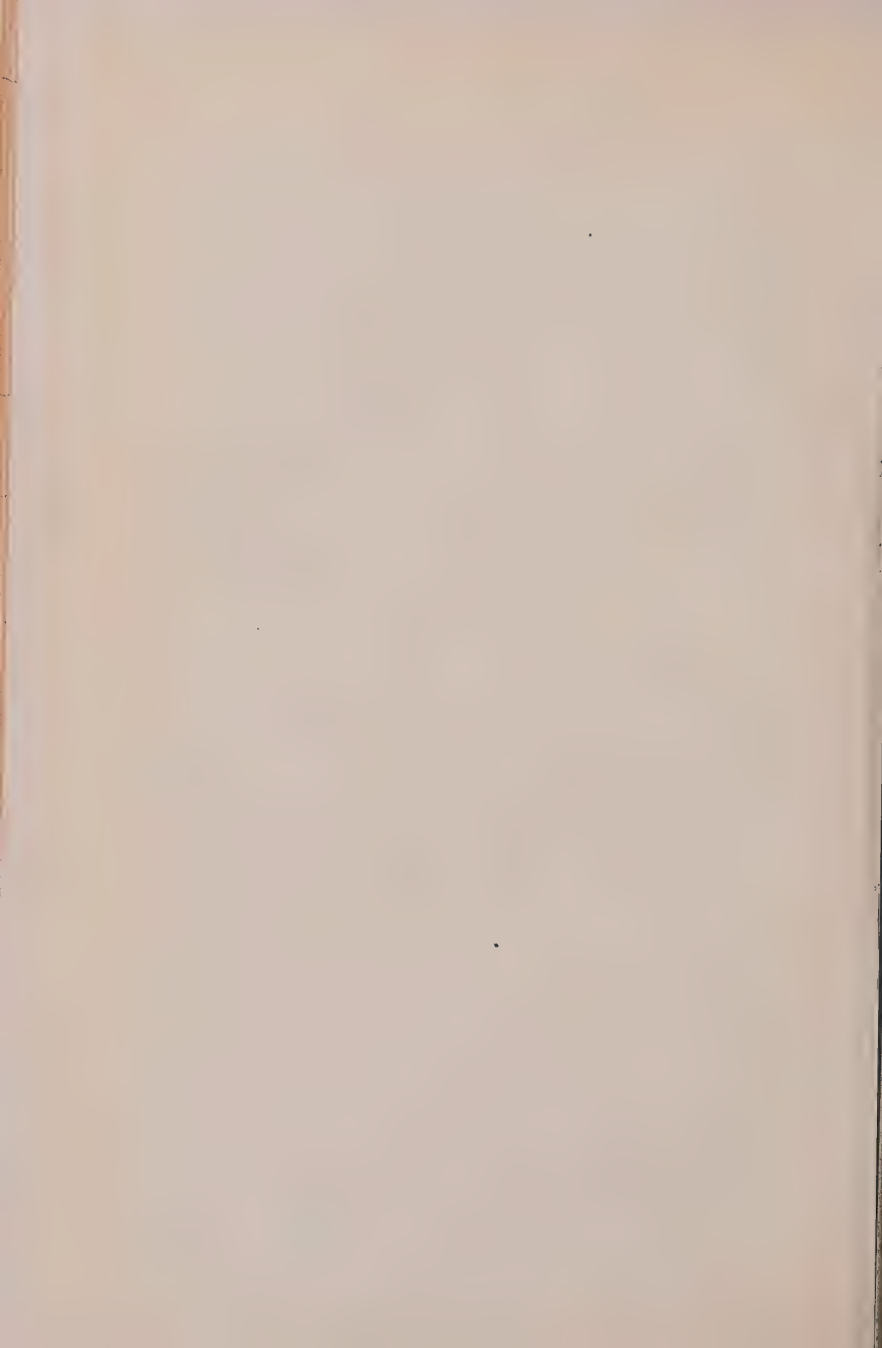


FIG. 112. — Injection de sporotrichosine : intradermo-réaction (grandeur naturelle). (*Voir p. 597, note 2*).



15^e jour est caractéristique ¹. On voit donc qu'il ne faut pas de laboratoire puisqu'il ne faut ni étuve, ni microscope : le praticien le plus isolé est à même de la réussir. Cette recherche est aussi rapide et aussi simple que la recherche qualitative du sucre ou de l'albumine ; il suffit de cinq minutes le premier jour pour prélever le pus et l'ensemencer et d'un simple regard les jours suivants pour reconnaître les cultures ; le praticien le plus occupé peut donc l'effectuer sans crainte de perdre du temps.

Si l'on ne peut prélever du matériel pour ensemencement, on enverra dans un laboratoire compétent 5 cm³ de sérum et l'on demandera le *sérodiagnostic* sporotrichosique de Widal et Abrami ².

V. Traitement. — Le traitement est aussi efficace que simple et peu coûteux, à condition de ne pas s'éloigner des règles que nous avons établies ³.

Le traitement général ioduré prime tout :

— 1^o Donner l'iodeure de potassium à doses croissantes, rapidement progressives à partir de 2 grammes, pour arriver en quatre jours à *quatre* grammes, dose utile ; on donnera 5 et même 6 grammes si le malade est tolérant. Cette dose doit être fractionnée si possible, en quatre fois dans la journée et chaque prise doit être *diluée* dans un grand verre d'eau ou de lait.

Le plus simple est d'ordonner une solution aqueuse concentrée, par exemple : ioduré de potassium, 100 grammes ;

1. Pour hâter le diagnostic, on recourra à notre « artifice de la coulée de pus sur le verre sec », si l'on a un microscope (voir *Traitement de la syphilis*, p. 608).

2. On pourrait encore user de l'intradermoréaction sporotrichosinique (fig. 112). Billon-Poulenc envoie les ampoules de toxine et la notice rédigée d'après nos indications.

3. Voir, pour plus de détails, *Journal des praticiens*, 1911, n^o 19 et 23.

eau distillée, Q. S. pour 500 cm³; une cuillerée à café égale un gramme. Verser une cuillerée dans un verre de lait et répéter ces prises autant de fois que le malade doit prendre de grammes.

Le procédé que je trouve le plus agréable, après les avoir goûtés tous, consiste à verser le matin dans un grand verre d'eau très sucrée, autant de cuillerées à café de la solution concentrée d'iodure et de teinture d'oranges amères, que le malade doit prendre de grammes d'iodure. Il boira dans la journée, à petites gorgées, le verre ainsi préparé.

— 2° Veiller au régime des boissons pendant la cure iodurée : ne permettre que le lait ou l'eau et surtout l'eau bicarbonatée (4 à 10 grammes de bicarbonate de soude par jour), pas de vin. Donner au besoin des antiseptiques intestinaux : charbon, benzonaphtol.

— 3° N'interrompre le traitement ioduré qu'en cas de nécessité absolue et ne permettre alors que des arrêts de 2 jours sur 7 tout au plus. Poursuivre le traitement *un mois au moins après la guérison apparente complète* de toutes les lésions, afin d'éviter les récives, et le reprendre à la moindre menace.

— 4° Surveiller attentivement le début de la cure iodurée, si l'on craint une des contre-indications de l'iodure, surtout si l'on suspecte une tuberculose associée.

— 5° Traiter avec soin le sporotrichosique, c'est-à-dire le « terrain » sur lequel s'est greffée la mycose. Car souvent la sporotrichose ne s'est développée qu'à la faveur d'une tare prédisposante : tuberculose, diabète, etc.

Le traitement local est secondaire et palliatif dans la plupart des cas.

— 1° Sur les *lésions fermées*, s'abstenir de toute incision, éviter les heurts. Un pansement est inutile, on protégera

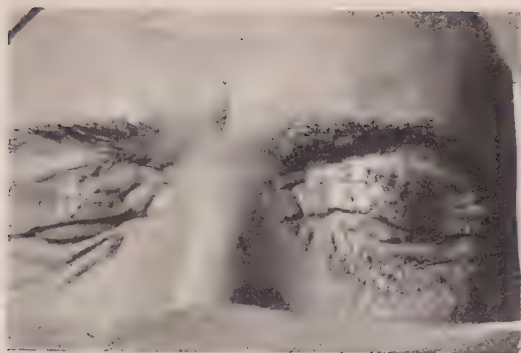


FIG. 113. — Sporotrichose épidermique : Pityriasis sporotrichosique des paupières. (*Voir page 595*).

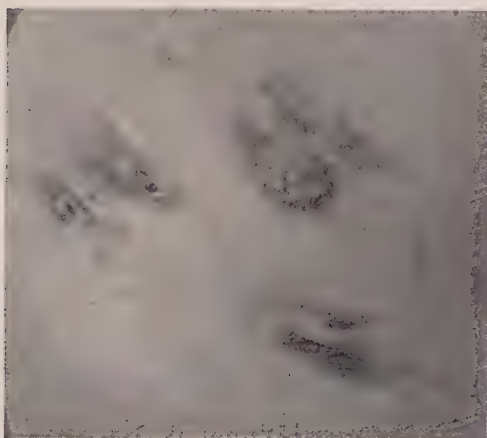
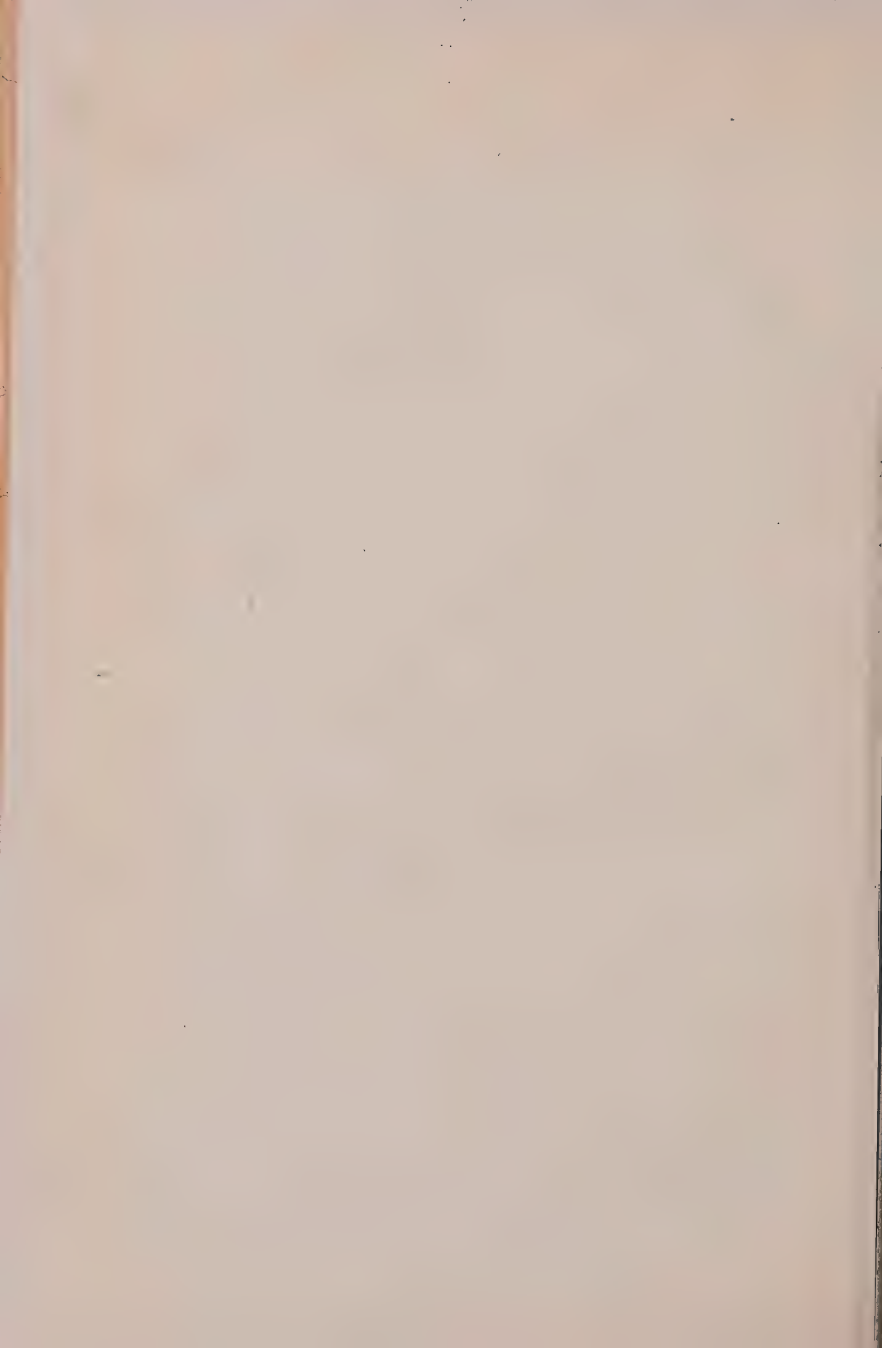


FIG. 114. — Sporotrichose dermique : gommules fistulisées simulant le scrofuloderme et placards verruqueux simulant les tuberculoses verruqueuses. (*Voir page 594*).



simplement, par un emplâtre iodo-ferré, les lésions prêtes à s'ouvrir.

Iodure de potassium.	} à 4 gr.
Iodure de fer	
Emplâtre diachylon	60 gr.
Essence de térébenthine	Q. s.

— 2° Ne ponctionner que les *gros abcès*, et au besoin laver leur intérieur avec l'eau iodo-iodurée faible (voir ci-dessous).

— 3° Sur les *lésions ouvertes qui suintent abondamment*, appliquer des compresses bouillies trempées dans de l'eau iodo-iodurée faible, *sans imperméable*. Pour obtenir cette solution faible, on verse dans 50 cm³ d'eau bouillie, vingt gouttes de la solution concentrée :

Iode.	10 gr.
Iodure de potassium.	20 gr.
Eau q. s. pour.	100 gr.

Renouveler ce pansement matin et soir, si l'écoulement purulent est abondant. Exprimer doucement les clapiers, et avec la solution iodo-iodurée concentrée ou à peine diluée, cautériser les ulcérations ou les végétations.

— 4° Panser matin et soir, après les avoir cautérisées à l'iode, les *ulcérations torpides* peu suintantes, avec de la poudre et appliquer un emplâtre iodo-ferré :

Talc.	60 gr.
Iode en poudre	0 gr. 50
Facultativement chlorhydrate de morphine	0 gr. 50

— 5° Protéger les *ulcérations finissantes* avec un emplâtre iodo-ferré et les cautériser matin et soir à l'eau iodo-iodurée plus ou moins diluée.

— 6° Ne recourir aux traitements chirurgicaux : incision, exérèse, destruction au thermo ou au galvanocautère, par exemple pour les sporotrichoses verruqueuses, que

lorsque le traitement général et local systématiquement institué a échoué ou reste inefficace malgré une amélioration manifeste. L'ablation devra être complète, en évitant toute souillure des tissus sains, sinon la récurrence locale est certaine. On enlèvera donc les gommes fermées sans les ouvrir et on détruira largement au thermocautère les lésions ouvertes avant de pratiquer l'ablation au bistouri (v. p. 526).

— 7° Se méfier, dans les sporotrichoses osseuses, de la présence d'un séquestre qui entretient la suppuration; de même que dans la syphilis, le chirurgien doit alors extirper l'os mort et le traitement général guérit alors rapidement les lésions.

— 8° Dépister de bonne heure le saprophytisme des *Sporotrichum* sur les muqueuses, en cultivant sur gélose glycosée peptonée, le mucus bucco-pharyngé. En effet, les localisations muqueuses sont les seules graves de cette mycose et elles ont entraîné la mort dans plusieurs cas. Reconnues de bonne heure, on les combattra par des gargarismes et collutoires iodo-iodurés et on les détruira au galvanocautère. Lorsqu'elles se sont développées, le pronostic devient grave et le traitement est pénible, car le traitement général ioduré est souvent alors mal supporté, provoquant des congestions locales dangereuses. Si le traitement général échoue, on pourrait tenter, sans grand espoir, des cautérisations et des injections locales de quelques gouttes des solutions iodo-iodurée et arsénicale de Hayem alternées :

Acide arsénieux.	} à 0 gr. 10 à 1 gr.
Carbonate de potasse pur	
Eau distillée.	97 gr.
Eau de laurier-cerise	3 gr.
Iode.	0 gr. 10
Iodure de potassium.	4 gr.
Eau.	10 gr.
Teinture d'opium	0 gr. 60

ou la destruction avec la « pâte arsenicale du frère Côme ». Puis, en dernière ressource, on essaierait la galvanocautérisation, en commençant par les bords, pour enrayer la marche progressive.

Si le traitement ioduré par la voie buccale est mal toléré, il ne faut pas s'obstiner, car le malade vous trompera. Mieux vaut user d'artifices : on donnera, par la bouche, la dose tolérée maxima d'iodure *très pur*, en enrobant cette dose d'un enduit inattaquable au suc gastrique (kératine ou maïsine); on associera à l'iodure la teinture de belladone, 10 à 20 gouttes par jour, l'arséniate de soude, les amers; on surveillera le régime des boissons et l'intestin. On donnera en lavement rectal (laudanisé ou non, *non filtré*), matin et soir, la dose complémentaire ou la totalité de la dose quotidienne. On complétera au besoin cette dose d'iodure par d'autres préparations iodées : iodure de fer, 1 gr. 50 par jour — 6 à 25 globules d'iodomaïsine, en ingestion avant les repas, — injection fessière de 5 à 10 cm³ de lipiodol, une à deux fois par semaine.

On n'abandonnera l'iodure que dans le cas d'une intolérance absolue *vérifiée*; on se méfiera d'une tuberculose associée et on essaiera alors les iodiques : iodomaïsine et lipiodol à hautes doses, les arsenicaux : 914, etc. On pourrait tenter des injections de vaccin ou de sérum que nous avons préparé avec M. Carougeau. Mais ces cas d'intolérance réelle sont l'exception; dans la très grande majorité des cas, la sporotrichose est la maladie la plus simple à traiter.

*
* * *

NOUVELLES MYCOSES

Hémisporose, mycodermoses, cladiose, acrémoniose, etc.

Non seulement les sporotrichoses ont renouvelé la pathologie des mycoses, mais elles ont été l'occasion de la découverte de mycoses nouvelles. C'est en recherchant la sporotrichose que nous avons découvert l'hémisporose avec M. Caraven (*Rev. de chirurgie*, déc. 1909 et janv. 1910), une mycodermose gommeuse avec MM. De Beurmann et Vaucher due au *Mycoderma* (ou *Oidium*) *cutaneum* (*Rev. de médecine*, déc. 1910); une mycodermose végétante dermique avec MM. Balzer et Burnier, due au *Mycoderma pulmoneum*, et avec les mêmes auteurs une nouvelle parendomycose (*Annales de dermatologie*, mai, août, sept., 1912); la *Nocardia Carougei* dans les nodosités juxta-articulaires, avec Carougeau. C'est encore en recherchant la sporotrichose que Ravaut et Pinoy ont individualisé une nouvelle nocardose; Bruno Bloch et Fischer, une cladiose; Potron et Noisette, une acrémoniose; Brault, une enanthiothamnose, etc., sans compter les mycoses à parasites indéterminés encore à l'étude!

Le praticien ne peut que retenir la multiplicité et la fréquence de ces faits, sans entrer dans les détails ¹.

1. Voir le résumé de ces faits et les indications bibliographiques dans notre article *Nouvelles mycoses*, *Journal des praticiens*, n° 36 et 37, 1913.

Chaque mois on découvre des mycoses nouvelles et des nouveaux champignons pathogènes : — *Oosporoses* ou *nocardoses* (Roger, Bory et Sartory); — *Chalarose* (Roger, Sartory et Ménard);

Qu'il sache seulement que ces mycoses nouvelles peuvent tout simuler, de même que les sporotrichoses, depuis les ostéites, les gommès de la verge et de la joue, les « lupus du nez » de l'hémisporose jusqu'aux dermites végétantes et scléreuses à suppuration en écumoire de la mycodermose, en passant par le syndrome typhique fébrile grave et la broncho-pneumonie de l'acrémioniose!

Qu'il se souvienne que la méthode de diagnostic est la même que pour les sporotrichoses : ensemencement large sur gélose glycosée peptonée à froid sans capuchon. Un champignon se développera, qu'il ne prendra pas la peine d'identifier, car c'est là une étude longue et difficile et peu lui importe la variété de mycose au point de vue thérapeutique; il suffit qu'il s'agisse d'une mycose, puisque le traitement est le même : c'est celui des sporotrichoses, très simple dans la plupart des cas, parfois difficile, si les lésions restent rebelles (v. p. 611), comme dans les placards de mycodermose, où l'on doit recourir à la destruction par l'air chaud (voir Traitement des lupus, p. 524 et p. 526).

— *Protéomycès infectans* (Moses et Vianna); — *Scapulariopsis Köningii* (L. Jannin, Raymond et Parisot); — *Acauliose* (Lutati); — *Oidium Nimieri* (Guiart); — *Phialophora verrucosa* (G. Lane); — *Monosporium apiospermum* et *Monosporium sclérotiale* (A. Pepere); — *Sporotrichum Councilmani* (Wolbach, Sisson et Meier); — *Oospora Perieri* (Mabruchot et Antoine); — des *Torula* (Stoddard et Cuttler); — des *Pénicillium* (Antoine), — et autres champignons indéterminés (Petges; Curtillet et Lombard), etc.

* *

MYCOSES ANCIENNES

Exascoses (ou Blastomycoses) Pieds de Madura
(ou **Mycétomes**¹), **Actinomycoses** et **Nocardoses**.

Les anciennes mycoses ont bénéficié d'une attention nouvelle et, en les recherchant mieux, on les trouve moins rarement.

Exascoses (ou Blastomycoses²) : **mycose de Gilchrist, mycose de Busse-Buschke, etc.** — Ces mycoses très nombreuses peuvent donner les lésions les plus diverses : nodules acnéiformes, ecthymatiformes, placards végétants, « pseudo-lupiques », ou « pseudo-épithéliomateux », gommes dermiques agglomérées en placards, gommes et abcès hypodermiques disséminés, ostéites, lésions viscérales, etc. La seule forme, dont le diagnostic clinique soit possible, est la dermatite de Gilchrist. Pour toutes les autres, seuls les examens bactériologiques, recherche directe du parasite sur lame et culture, révéleront la nature exacte des lésions.

1. Ce mot détestable sert à désigner les mycoses dont le parasite prend dans les lésions la forme de grain visible à l'œil nu. Ce groupement n'a aucune valeur, car il voudrait comprendre des infections dont les champignons sont botaniquement très éloignés les uns des autres (Voir 1^{er} supplément à la *Nouvelle pratique médico-chirurgicale* : article *Pied de Madura*, p. 1311).

2. Pour le détail et la signification de ces termes, voir nos travaux résumés dans *Paris médical*, 1911, n° 20, « La question des blastomycoses ». Mes confrères sud-américains trouveront mes travaux résumés dans la *Revista dermatologica Argentina*, 1916 (numéro especial en homenaje al D. B. Sommer), p. 75. « La question des Blastomycoses : revision et démembrement de l'ancien groupe blastomycose. »



Fig. 114 ter.

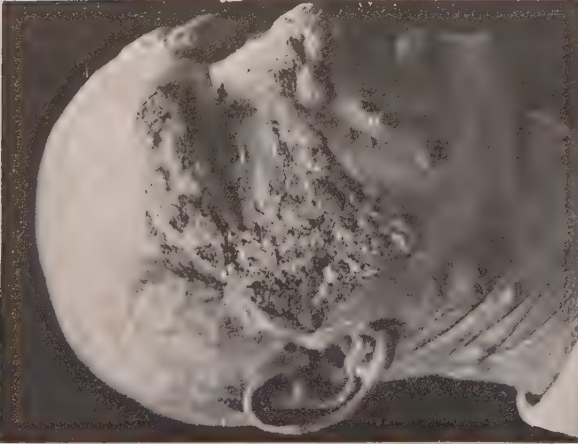
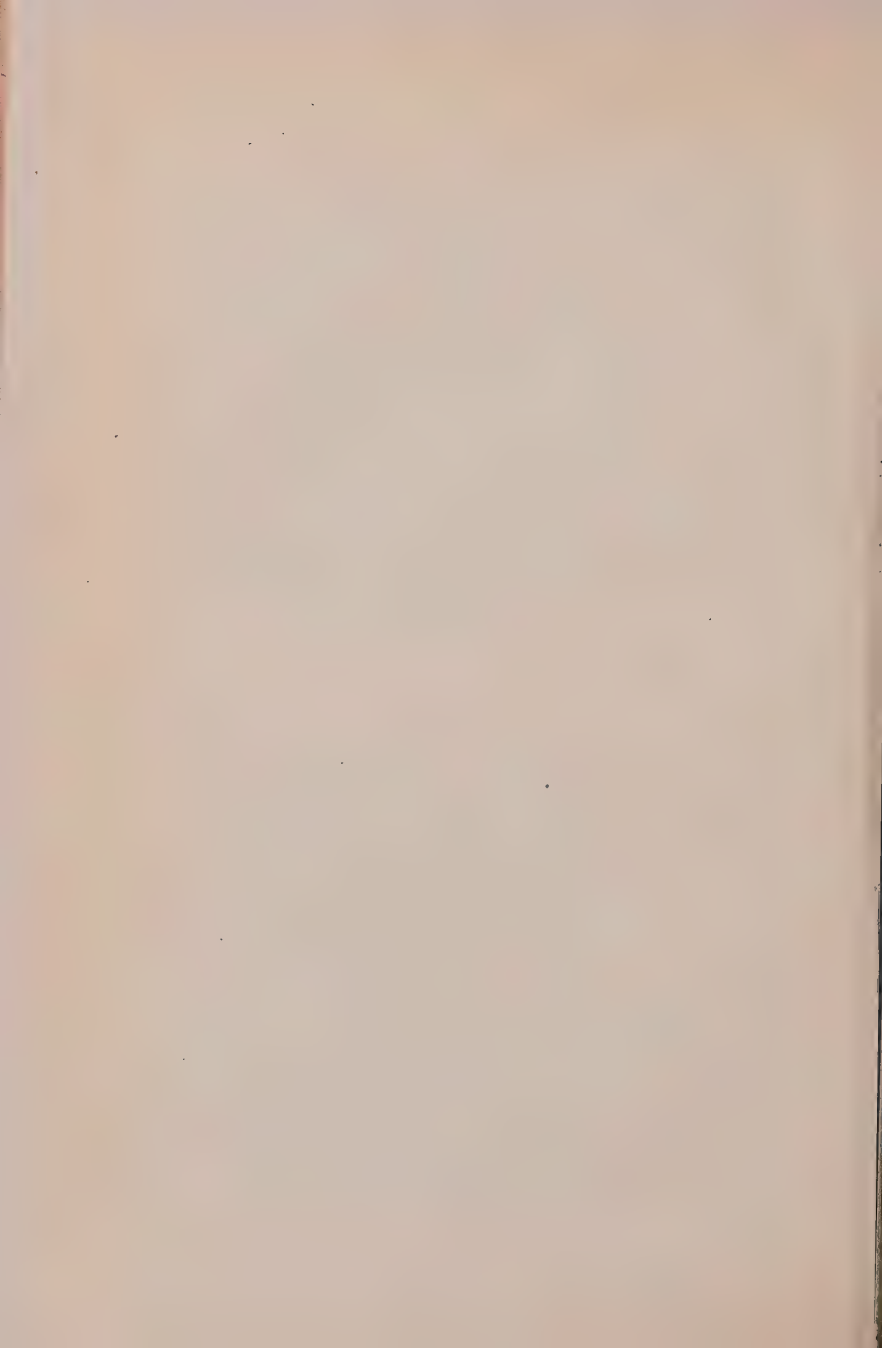


Fig. 114 bis.

Mycose nouvelle proche des « Blastomycoses » : Dermatose végétante et suppurée.
Nodules à suppuration centrale et placards végétants à suppuration en écumeur.
Fig. 114 bis ; Lésion en activité. — Fig. 114 ter ; Cicatrisée.



La mycose de Gilchrist siège habituellement dans les parties découvertes : face, cou, main (comparez fig. 114 bis, 114 ter). Au début, on ne compte d'ordinaire qu'un placard, mais par auto-inoculation, il est fréquent de voir les placards se multiplier. Chaque placard commence par une lésion acnéiforme du follicule pileux ou par un infiltrat ecthymatiforme ou par une gommule rougeâtre centrée d'un point purulent... Bientôt cette lésion du début devient végétante et s'étend. A sa période d'état, la lésion forme un placard végétant, arrondi ou irrégulier, bien limité par un bord en talus abrupt, saillant de 3 à 10 millimètres, large de 4 à 5, 10, 30 centimètres et parfois davantage, pouvant couvrir la plus grande partie du dos (comparez fig. 86). La surface de ce placard est aplatie dans l'ensemble, rougeâtre, érodée, végétante, papillomateuse, suintante ou croûteuse par dessiccation de la sérosité, rarement squameuse; elle est tachetée d'abcès miliaires nombreux, qui à la pression laissent sourdre des gouttelettes de pus épais. La lésion est dermique, fait corps avec la peau et glisse avec elle sur les plans profonds. Le placard progresse lentement sur les bords, par formation de nouveaux abcès miliaires d'avant-garde ou par extension des végétations. Parfois le centre ou un segment du placard s'affaisse, se cicatrise.

La maladie dure des années et peut entraîner exceptionnellement la mort par envahissement viscéral. La guérison spontanée est l'exception; presque toujours une partie du placard progresse et, par auto-inoculation, apparaissent d'autres placards.

Cet aspect en placards végétants, unique ou multiples, n'est pas pathognomonique, il peut être reproduit par le cancer (v. p. 644 et fig. 136 et 137), les lupus tuberculeux (v. p. 537 et fig. 86), la syphilis (voir *Traitement de la syphilis*, p. 276), par de nombreuses mycoses : sporotrichoses (fig. 110 et 114), mycodermoses, etc., des mycoses

indéterminées (fig. 114 bis et 114 ter¹), et même par des microbes pyogènes (v. p. 54, etc.). Le *diagnostic bactériologique* est donc nécessaire. Les méthodes sont les mêmes pour tout ce groupe de mycoses : — 1° Frottis de pus ou coupes de biopsie colorés par les bleus et par le Gram, qui révèlent les cellules levures arrondies de 3 à 12 μ , parfois davantage, encapsulées ou non, parfois en voie de bourgeonnement, extra ou intra-cellulaires. — 2° Cultures sur gélose glycosée peptonée et sur carotte glycérinée, les unes à froid, les autres à chaud, à 37°.

Le *pronostic* est beaucoup plus grave que dans les sporotrichoses : il est très grave, souvent mortel, dans les formes profondes, surtout s'il existe de la fièvre ou des localisations viscérales ; il reste d'ordinaire bénin dans les formes superficielles dermiques de la mycose de Gilchrist.

Le *traitement* doit être celui des sporotrichoses : iodure à hautes doses, 6 à 8 grammes, à l'intérieur, pendant des mois ; pansement et cautérisation des lésions à l'eau iodo-iodurée, puis rapidement, sans trop attendre, destruction à l'air chaud ou au thermocautère (v. Traitement des lupus, p. 524) : on surveille la cicatrisation par des cautérisations iodées et on détruit sans se lasser, au thermocautère, les points récidivants. En cas d'échec, on a recommandé le sulfate de cuivre (?) à l'intérieur (5 centigrammes par jour) ; et à l'extérieur (solution à 1 p. 100), l'arsenicintus et extra (v. Sporotrichoses, p. 600), les vaccins (comparez p. 414).

Pieds de Madura. — Le pied de Madura (exceptionnellement main de Madura) est la localisation au pied de mycoses nodulaires très différentes, dont les parasites forment habituellement des grains visibles à l'œil nu : le champignon le plus souvent en cause paraît être la *Nocardia*

1. Gougerot et Clara : Dermatose végétante et suppurée : nodules à suppuration centrale et placards végétants à suppuration en écumoire. *Annales de médecine*, mai 1917, n° 3, p. 279.

Maduræ de Vincent¹. La mycose commence au point d'inculcation, le plus souvent la plante du pied, par des nodules de 5 à 30 millimètres, qui peu à peu se multiplient, envahissent le pied et remontent plus ou moins au-dessus des chevilles. Le pied est bosselé, globuleux, trois ou quatre fois plus gros que normalement, la face plantaire est convexe. Les bosselures jeunes sont dures; puis elles se ramollissent, l'épiderme devient vésiculeux à leur sommet; enfin elles se fistulisent, laissant écouler une sérosité sanieuse, contenant des grains parasitaires blancs, jaunes, rouges ou noirs, suivant les espèces botaniques. Le pied est ainsi criblé de fistules et d'ulcérations fongueuses (pied en écumoire). Les os, sauf dans certaines variétés, sont presque toujours atteints.

En cas de doute, on ferait l'examen microscopique du pus et des grains.

La marche est lente, mais progressive, la guérison spontanée n'a jamais été observée, d'où la nécessité d'un traitement précoce et énergique, analogue à celui des actinomycoses : iodure à l'intérieur, thermocautère et bains chauds à 45° localement (v. p. 611); sinon, on est amené à l'amputation, seul moyen d'éviter la mort par cachexie purulente.

Actinomycoses et Nocardoses. — Les actinomycoses, mycoses dues à *Nocardia bovis*, *Nocardia Israeli*, etc., sont les types les plus connus des Nocardoses, vaste groupe d'infections².

L'homme se contagionne avec des débris végétaux,

1. Voir notre article Pied de Madura, mycétome, dans le deuxième supplément de la deuxième édition de la *Pratique médico-chirurgicale*, p. 1311.

2. Pour la symptomatologie de l'actinomycose, voir le traité de Poncet et Bérard; pour l'étude d'ensemble des nocardoses (ou oosporoses) cutanées : actinomycoses, pieds de Madura, etc., voir notre Revue générale de la *Gazette des hôpitaux*, 1913, n° 10 et 13 et *Soc. Biol.*, 27 nov. 1909, t. LXVII, p. 578.

mâchonnés ou déglutis, ce qui explique la localisation des actinomycoses dans la région buccale et cervicale : le germe pénètre par une dent cariée ou par la muqueuse buccopharyngée, provoquant ou non le soi-disant ostéo-sarcome du maxillaire; puis il envahit secondairement les téguments; plus rarement, les lésions siègent le long du tube digestif, surtout de l'œsophage (péri-œsophagite) et dans le cæcum ou le colon sigmoïde; souvent les lésions envahissent secondairement la paroi et parfois le foyer, restant caché, détermine des fusées multiples à la paroi abdominale, au pourtour anal, aux organes génitaux, dans les cuisses, etc. Les parties découvertes, doigts, mains, face, conjonctive, peuvent être le siège d'actinomycoses cutanées primitives et l'on retrouve parfois dans la lésion l'épine inoculatrice.

Malgré la diversité d'aspect, les lésions actinomycosiques ont des caractères communs, qui font pressentir le diagnostic clinique (fig. 115) :

— *Tendance à rester localisées* : les foyers se multiplient localement, mais en formant *une seule plaque* et lorsque les fistules cutanées sont multiples, elles n'en proviennent pas moins d'un foyer profond, presque toujours unique. Par contre, ces lésions ont *tendance à diffuser localement, à envahir de proche en proche les plans profonds et superficiels* : par exemple, le foyer initial partant du maxillaire, envahit bientôt la joue, la région sous-maxillaire, le cou, etc.

— Infiltrats peu douloureux au début, mais pouvant déterminer des phénomènes réflexes, tels que le *trismus*, qui devra toujours faire discuter le diagnostic d'actinomycose.

— Nodules isolés de 5 à 30 millimètres, rapidement confluents, formant *une large plaque dermique ou hypodermodermique*, envahissant bientôt la peau, qui devient rosée ou rouge violacé, souvent *mamelonnée*, d'une *dureté ligneuse* plus ou moins diffuse. L'ensemble de la lésion fait une masse plus ou moins saillante, large de plusieurs centimètres (fig. 115).



FIG. 115. — Antinomycose diffuse, gommeuse, fistuleuse de la face.
(Voir pages 608-609).

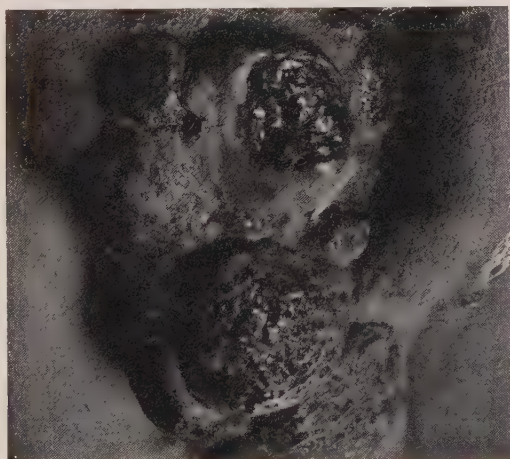
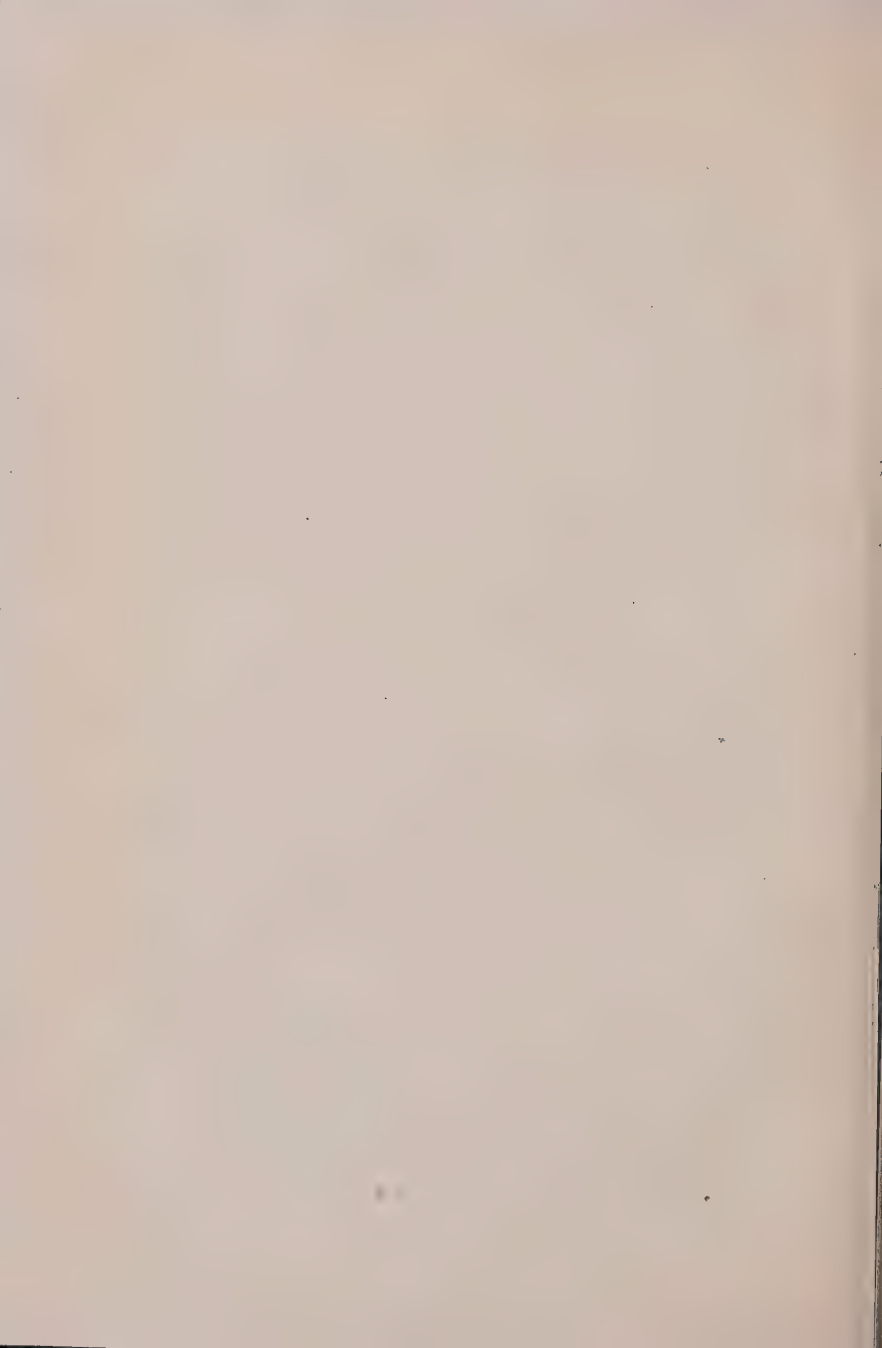


FIG. 116. — Antinomycose diffuse hypertrophique ulcéro-végétante
de la fesse. (Voir page 609).



— Cet infiltrat ne subit qu'un ramollissement *partiel*, en *points multiples* (fig. 115). Dans une ou plusieurs nodosités on sent la fluctuation; la peau devient souvent livide, ardoisée; l'épiderme s'amincit et laisse transparaître un magma jaunâtre; la grosse masse de l'infiltrat reste indurée.

— Ces points ramollis ont une *tendance marquée à la fistulisation*. Presque toujours les fistules et ulcérations restent *étroites, profondes, anfractueuses* : leurs bords rouges violacés, indurés ou décollés, mous, sont creusés dans du tissu fongueux; elles marquent l'ouverture de *trajets sinueux et de clapiers*, que vide la pression profonde : cet aspect est vraiment spécial et l'on peut dire qu'une grosse masse indurée du cou ou de la face, parsemée de fistules purulentes, a de grandes chances d'être actinomycosique (fig. 115). Plus rarement les ulcérations s'élargissent, les bords rouges ou livides entourent un fond irrégulier jaune grisâtre, anfractueux : ces anfractuosités expliquent la fréquence et la ténacité des infections secondaires. Exceptionnellement, les ulcérations deviennent végétantes (fig. 116) : par exemple, des ulcérations végétantes, d'un à plusieurs centimètres, plus ou moins arrondies, sont disséminées sur une *large base* plane ou plus souvent grossièrement *mamelonnée, indurée, ligneuse*, au cou ou aux organes génitaux, simulant un cancer; par exemple, des ulcérations sortent de gros bourgeons végétants, rougeâtres, *indurés*, tiquetés de points purulents qui laissent suinter des gouttes de pus (fig. 116).

— Pus ou séro-pus grumeleux *mal lié, peu abondant*, souvent *fétide* par infection secondaire, contenant les *grains jaunes* caractéristiques, d'un dixième de millimètre environ, ressemblant à de la poudre d'iodoforme. Chaque grain représente une colonie de parasites pathogènes. Pour les bien voir, il faut étaler le pus sur une lame de verre : ils sont jaunes, mous, rarement grisâtres ou brun fauve et même noirâtres.

— Non-envahissement des ganglions.

— Intégrité habituelle de l'état général et absence de troubles généraux pendant plusieurs années.

Il y a en un mot aspect mixte de tumeur et d'abcès à fistules multiples.

Le diagnostic clinique doit toujours être confirmé par le **diagnostic bactériologique**; en effet, même dans sa forme *cervico-faciale*, la plus typique, l'*actinomycose* peut être simulée par la tuberculose, ainsi que nous l'avons démontré par les inoculations au cobaye et par des infections indéterminés¹. La ressemblance était telle chez deux de nos malades que M. Poncet lui-même s'y était trompé.

Si les lésions fistulisées laissent écouler du pus, rien n'est plus facile que de faire des frottis et de chercher après lavage à la potasse à 30 p. 100 les *grains jaunes* par la coloration de Gram, en colorant le fond plutôt au picrocarmin qu'à l'éosine; la partie centrale du grain est un feutrage inextricable de filaments très fins de moins d'un μ , la périphérie est formée par une couronne de massues. Mais on n'oubliera pas que de nombreux produits pathologiques peuvent simuler des grains actinomycosiques: grumeaux de pus dans un cancer surinfecté, parcelle caséuse dans une fistule tuberculeuse, globes cornés ou débris néoplasiques dans un épithélioma, un sarcome, etc., et l'erreur est d'autant plus difficile à éviter que parfois ces débris sont parasités par des microbes filamenteux qui illusionnent. Il faut dans ces cas douteux faire une *biopsie* large et profonde: avec ce fragment de biopsie, on pratiquera des coupes histologiques, qui permettront de diagnostiquer les néoplasies et on fera l'inoculation au cobaye, pour reconnaître la tuberculose. Les grains qui étaient douteux sur frottis sont presque toujours caractéristiques dans les coupes de la biopsie.

1. Voir notre travail: *Revue de chirurgie*. Mai-Juin 1948, p. 365.

Si les lésions sont fermées ou sèches, on prélèvera du sérum comme pour une séro-réaction de Wassermann et on l'enverra dans un laboratoire en réclamant un *séro-diagnostic* actinomycosique (Widal et Abrami).

Plus le diagnostic sera précoce et plus le traitement sera efficace, moins grave sera le pronostic. C'est qu'en effet la gravité de ces mycoses provient trop souvent d'un diagnostic tardif qui a laissé le temps aux lésions de diffuser et d'envahir en profondeur; le traitement des actinomycoses devient alors difficile, long, pénible, ingrat et peut être pris pour exemple du traitement des mycoses rebelles¹.

* * *

TRAITEMENT DES MYCOSES REBELLES

Suivant les difficultés croissantes de la cure, il faut distinguer quatre temps dans l'action thérapeutique : le médecin passera de l'un à l'autre lorsque la médication précédente aura échoué et il essayera d'associer toutes les ressources thérapeutiques.

1^{er} temps : Traitement général iodo-ioduré. — Administration buccale ou rectale de 4 à 8 grammes d'iodure de potassium, en renforçant son action par l'ingestion d'albumines iodées (iodomaïsine 8 à 30 par jour) et par des injections fessières d'huile iodée (lipiodol) (v. p. 601); parfois, au début de la cure, se produisent des poussées congestives douloureuses que l'on surveillera et qui ne feront interrompre le traitement qu'en cas de nécessité absolue.

Traitement local, lavages puis cautérisations iodo-

1. Voir notre article « Actinomycoses » in : *Traité de thérapeutique pratique de Robin*, 1913, t. III, p. 634.

iodurés et pansements iodoformés ou iodo-iodurés (v. p. 599). Dans les anfractuosités, on tentera les enfumages iodés. Sur les nodosités on fera des frictions avec une pommade iodurée ou pommade à l'iodomaïsine au dixième.

Traitement général tonique : sirop iodotannique phospho-arsénié (v. p. 531), huile de foie de morue, ou :

Sirop de quinquina.	} à à 300 gr.
Sirop iodotannique.	
Tartrate de fer ammoniacal . . .	

(Deux cuillerées à bouche par jour).

Héliothérapie comme dans les tuberculoses profondes, fistulisées.

Si, en deux à trois mois, ce traitement n'a pas amené une régression marquée, il est nécessaire d'agir localement avec plus de vigueur.

2^e temps : *Continuation du traitement général iodo-ioduré, du traitement tonique, des pansements iodo-iodurés, de l'héliothérapie. On ajoute la radiothérapie, des injections locales, antiseptiques, des ponctions et l'incision simple* :

— Les injections sont faites dans les masses indurées, en des points multiples avec quelques gouttes de teinture d'iode ou de la liqueur iodo-iodurée au 1/40 ou plutôt de la formule suivante qui est moins douloureuse :

Iode.	1 gr.
Iodure de potassium.	2 gr.
Eau distillée saturée du mélange à parties égales, gâicacol et camphre, puis filtrée .	20 à 30 gr.

MM. Darier et Gautier renforcent l'action médicamenteuse par l'électrolyse. Sous anesthésie générale ou locale,

ils enfoncent dans les placards deux aiguilles de platine reliées au pôle d'une pile donnant 50 milliampères, et pendant que le courant passe, ils injectent toutes les minutes quelques gouttes d'une solution aqueuse iodurée à 10 p. 100; la séance dure vingt minutes. De huit en huit jours on fera 3 ou 4 interventions.

On peut ajouter des frictions locales avec des pommades iodées, par exemple, la pommade à l'iodomaïsine.

Pendant le traitement ioduré général et ces injections locales iodées, on a recommandé des pansements et des injections interstitielles à l'eau oxygénée qui, au contact des iodures, donne de l'iode naissant très actif.

— Les injections peuvent être encore faites dans les nodules et masses infiltrées avec la solution aqueuse de sublimé à 0,20 p. 100 et même 1 p. 100 en ne dépassant pas 4 à 5 centimètres cubes par jour. On commence par la bordure envahissante, et de jour en jour on injecte toute la masse; les points ramollis sont incisés, vidés et pansés avec la même solution. La réaction locale est souvent vive, faisant croire à une aggravation des nodules, qui se ramollissent, s'ulcèrent, etc. La réaction se calme en deux à trois semaines et l'amélioration s'affirme alors.

— Les injections d'huile créosotée ou de solutions arsenicales sont à recommander suivant la même technique :

Acide arsénieux	0 gr. 20
Chlorhydrate de stovaine. .	1 gr.
Eau distillée bouillie. . . .	100 gr.

3^e temps: *Continuation du traitement général, médical, iodo-ioduré, héliothérapie et tonique et traitement chirurgical.* Les traitements locaux précédents ayant échoué, on essayera, si le siège de la lésion le permet, une opération. On fera, si possible, l'extirpation complète en ayant soin d'antiseptiser par le thermocautère et la teinture d'iode les fistules et ulcérations, afin d'éviter les

auto-inoculations de la plaie (v. p. 524). Si cette ablation totale n'est pas possible, on incisera, on évidera au thermocautère plutôt qu'à la curette, qui a l'inconvénient d'ouvrir les vaisseaux; on cautérisera avec la teinture d'iode, le chlorure de zinc au 10 p. 100, le sublimé à 1 p. 100, ou la créosote, etc., on pansera avec de la pommade et de la gaze iodoformée. Nous tenterions volontiers la glycérine créosotée. Les jours suivants on renouvelle cautérisations et pansements et on fera de la radiothérapie.

4^e temps : *Traitement palliatif.* L'opération n'est pas possible en raison de l'extension des lésions, ou de leur siège profond, ou du refus du malade; ou bien on a préféré attendre encore; ou bien l'opération a été tentée sans résultat heureux... : on en est réduit à une thérapeutique palliative analogue à celle du premier temps : traitement général ioduré et iodomaisine, lipiodol, etc., *arsénicaux*; séjour au grand air et *héliothérapie*; traitement local iodo-ioduré; cautérisations au crayon ou avec des solutions de nitrate d'argent, puis injection de substance fusible, créosotée ou non, etc. (v. p. 557).

On tentera, dès le début du traitement ou à cette dernière période, la *sérothérapie* et *vaccinothérapie* anti-actinomycosiques encore à l'étude, mais qui, dit-on, ont donné des succès.

Nécessité d'une surveillance prolongée des mycosiques paraissant « guéris ». Dans toutes les mycoses la récurrence étant fréquente si l'on cesse trop tôt le traitement iodo-ioduré, il importe, après la guérison apparente, de poursuivre la cure pendant plusieurs semaines, souvent pendant plusieurs mois, avec de courts intervalles de repos. Cette règle est encore plus indispensable pour

l'actinomyose que pour les sporotrichoses, car les foyers profonds actinomycosiques sont fréquents et il faut craindre qu'ils ne constituent de véritables repaires. C'est pour cela que nous avons proposé de surveiller les malades par des séro-réactions répétées, de même que l'on surveille les syphilitiques avec des réactions de Wassermann, et de continuer le traitement ioduré intermittent jusqu'à disparition des réactions humorales. C'est là, croyons-nous, le seul moyen d'éviter les récidives qui trop souvent viennent démentir les guérisons apparentes.

*
* *

CRITIQUES DU DIAGNOSTIC DE MYCOSE RÈGLES GÉNÉRALES DE CONDUITE

En résumé : en même temps que nos connaissances générales se précisent sur les infections mycosiques, leur nombre et leur fréquence augmentent, leur importance pratique, pronostique et thérapeutique se montre de plus en plus grande.

Grâce à la sporotrichose on découvre, un monde nouveau, hier à peine soupçonné, et les mycoses si longtemps négligées prennent enfin en médecine la place qui leur est due. Le praticien digne de ce nom n'a plus le droit de les ignorer, il doit en discuter le diagnostic devant toute lésion chronique nodulaire, sinon il serait exposé, suivant le mot de Grasset, à laisser mourir comme des tuberculeux, etc., « des malades que l'iodure de potassium scientifiquement administré aurait cependant guéris ».

Mais il ne faut tomber dans un excès contraire et découvrir des mycoses inexistantes, renouveler par exemple

les erreurs de la nature blastomycétique de la variole, etc. C'est qu'en effet le traitement iodo-ioduré, sanction immédiate du diagnostic de mycoses, peut faire le plus grand mal à un tuberculeux, à un cancéreux. Le médecin doit donc s'entourer de toutes les garanties dans le diagnostic de mycose¹ et faire une critique sévère de ses résultats lorsqu'il trouve des germes banaux, des *aspergillus*, des levures, et autres champignons flottant normalement dans l'air, surtout si les lésions ensemencées étaient ouvertes. Dans la sporotrichose, qui est la plus fréquente en France des mycoses nodulaires, cette cause d'erreur n'existe heureusement pas : les *Sporotrichum* ne sont pas des germes banaux ; lorsqu'on les trouve dans une ulcération même souillée, on peut affirmer leur rôle pathogène et l'on doit sans hésiter instituer le traitement ioduré, sauf s'il existe une contre-indication à ce traitement, par exemple une tuberculose associée.

Il faut poursuivre ce traitement avec conviction, même s'il semble échouer au début, en cherchant la cause de ces échecs : débilitation générale que l'on combattrait par des toniques, surtout des arsénicaux ; diabète que l'on diminuera par un traitement approprié ; stase veineuse que l'on traitera par des bandes compressives et le repos ; séquestre osseux que l'on devra extirper, etc.

Il faut enfin un traitement prolongé intermittent et une surveillance attentive après la guérison apparente, afin d'éviter les récives.

1. Voir *loco citato*, Nouvelles mycoses, collection Léauté.

CHAPITRE XVIII

TEIGNES

Communauté diagnostique et thérapeutique des teignes, p. 618.

TEIGNES DU CUIR CHEVELU : 1° T. à petites spores ou *Microsporie*, p. 619; — 2° T. à grosses spores ou *Trichophytie* due au *Trichophyton* cratériforme, p. 619; — 3° Trichophyties dues au *Tr. acuminatum* et au *Tr. violaceum*, p. 620; — 4° *Favus*, p. 620; — 5° Teignes diverses, p. 621; — **Traitement**, p. 623.

TEIGNES DE LA BARBE : *Sycosis* nodulaire, Kérion, etc., p. 626; — **Traitement**, p. 628.

TEIGNES DE LA PEAU GLABRE : Trichophyties (Herpès) circonées, p. 629. — *Favus*, *Pityriasis versicolor*, p. 631. **Traitement**, p. 631.

TEIGNES PALMO-PLANTAIRES. **Traitement**, p. 632.

ÉPIDERMITES MYCOSIQUES DES PLIS CUTANÉS ET ARTICULAIRES, p. 633 : Trichophytie; soi-disant eczéma marginé de Hébra; *Erythrasma*, p. 634. — **Traitement**, p. 634.

ONYCHOMYCOSES : Ongles trichophytiques, faviques, etc., p. 630. — **Traitement**, p. 636.

Résumé clinique, diagnostique, thérapeutique et prophylactique, p. 638.

Sous le nom de teignes, on comprend toutes les lésions épidermiques et souvent dermo-épidermiques du cuir chevelu, de la barbe et de la peau, les lésions des poils et des ongles, produites par des champignons : *Microsporon*, *Trichophyton*, *Achorion*, *Epidermophyton*, etc. Le problème clinique est dominé par la présence des champignons dans l'épiderme et ses annexes et par la notion de grande contagiosité.

Les formes cliniques sont multiples, mais les procédés diagnostiques et thérapeutiques sont les mêmes, quelle que soit la variété de teigne.

Une même méthode convient à leur diagnostic microscopique : l'imprégnation et le chauffage dans la potasse. En effet, dans tous les cas douteux, il suffit de prélever des squames aussi fines que possible, des poils enlevés à la pince ou avec une aiguille en les cherchant sous l'épiderme comme une écharde, des rognures d'ongle obtenues avec une lime ; on les dépose sur une lame sèche, on verse dessus une à deux gouttes de potasse à 40 p. 100 sans colorant ; on recouvre d'une lamelle et on chauffe doucement en passant plusieurs fois au-dessus de la flamme d'une lampe à alcool, en évitant d'atteindre l'ébullition. On examine au microscope avec le miroir concave sans condensateur, avec un oculaire assez fort 4 ou 6 compensateur et un objectif sec 7 ou 8. Si la lumière est trop vive, on diaphragme. Autour ou dans les cheveux, dans les squames, on apercevra soit des filaments, soit des spores (fig. 120) ; la recherche demande une certaine habitude et est plus difficile qu'on ne le croit ; maintes fois j'ai vu prendre pour des champignons des plicatures de cellules épidermiques, des hématies, des globules de graisse ou de sérosité, des impuretés, etc.

Une même méthode guérit les teignes quelle que soit la variété du parasite : au cuir chevelu, l'épilation radiothérapique, sur la peau vague et dans la barbe, l'iode.

Les mêmes mesures de prophylaxie, d'isolement à l'hôpital, s'imposent dans le milieu scolaire et familial.

Aussi, en vertu de cette communauté diagnostique et thérapeutique, peut-on faire abstraction des classifications botaniques pour ne retenir que l'essentiel¹.

1. Ceux que cette question intéresse trouveront dans le très remarquable livre de Sabouraud, *les Teignes* (chez Masson), tous les détails et toutes les figures nécessaires.

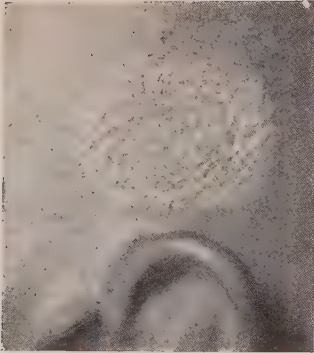


FIG. 117. — Microsporie : vue d'ensemble de la lésion. (Voir page 619).



FIG. 120. — Poil de teigne à grosses spores vu au microscope (Sabouraud). (Voir page 618).

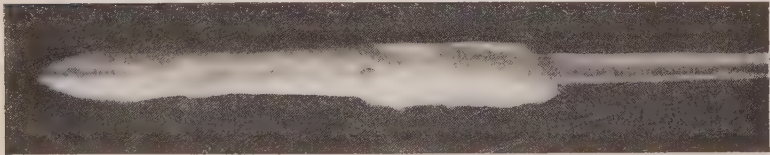


FIG. 118. — Poil de microsporie avec sa gaine blanche de petites spores : vue à la loupe (Sabouraud). (Voir page 619).

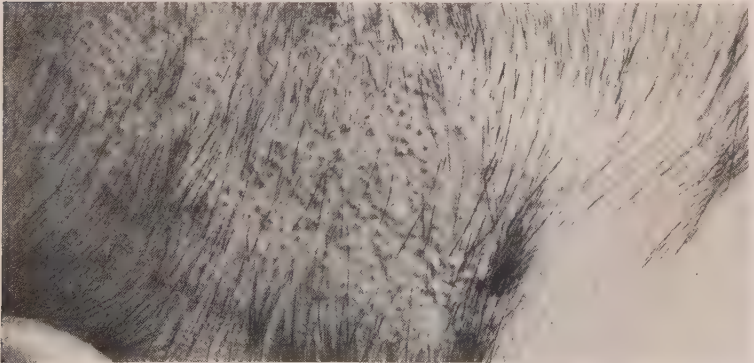
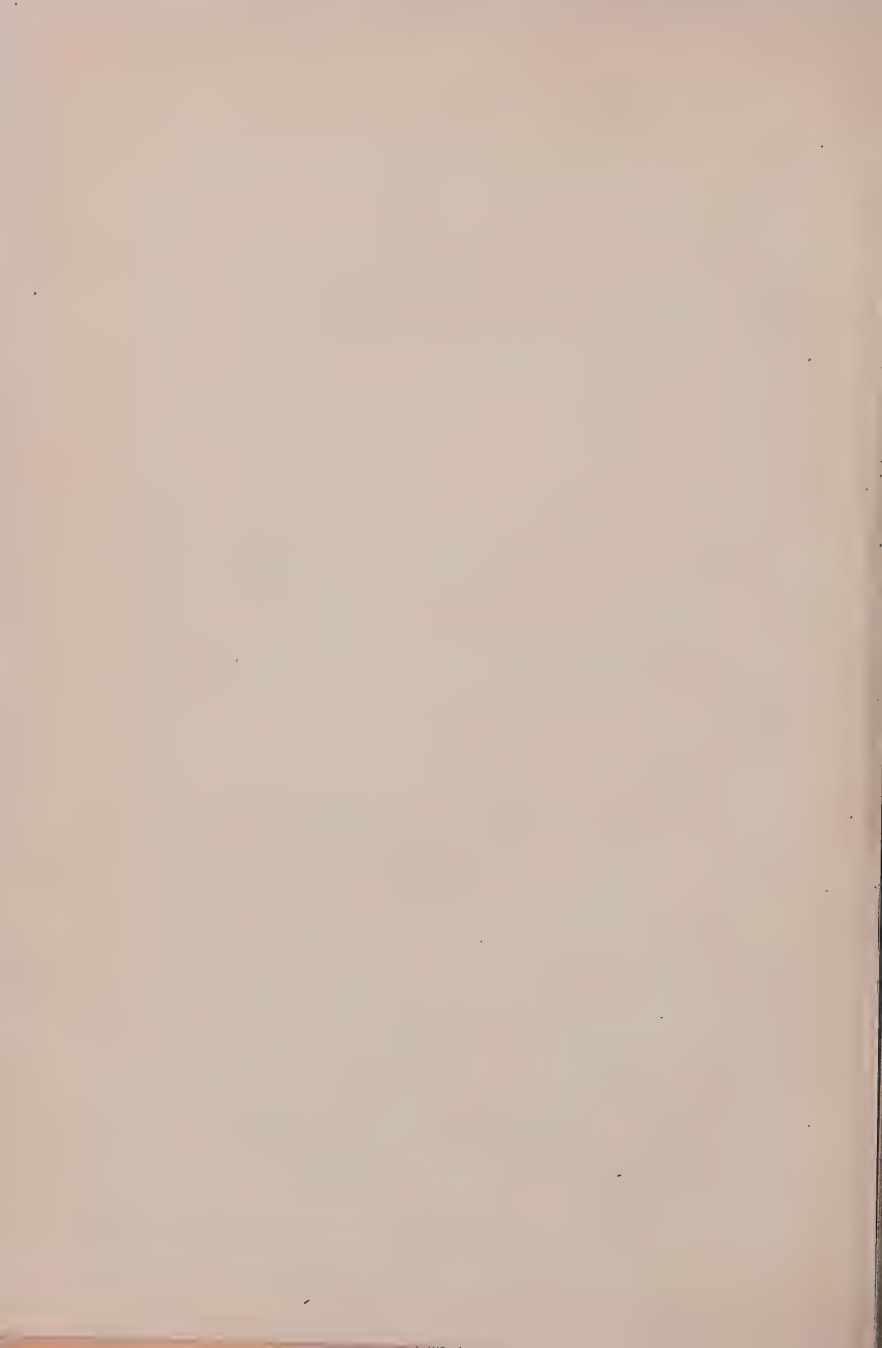


FIG. 119. — Trichophytie : teigne à grosses spores : détail de la lésion (Sabouraud). (Voir page 619).



Teignes du cuir chevelu.

Les teignes du cuir chevelu très contagieuses ne se rencontrent guère que chez les enfants.

Les principaux types cliniques sont :

1° TEIGNE A PETITS SPORES due au *Microsporon Andouini* et plus rarement à des *Microsporon*s animaux (fig. 117, 118). Le début est insidieux, marqué par une macule rosée légèrement surélevée qui prend en grandissant la forme d'une cocarde. Mais bientôt la rougeur disparaît, les cheveux se brisent et l'on a l'aspect habituel de la plaque adulte.

Sur le cuir chevelu, on découvre tantôt *une grande* plaque arrondie alopécique (fig. 117), assez nettement délimitée, large de 20 à 50 millimètres, tantôt 2, 3, 5 plaques moyennes qui, en se fusionnant, forment un large placard à contours polycycliques ; l'épiderme est sec, blanc grisâtre, poudré de squames fines ; tous ou presque tous les cheveux sont cassés à 2 ou 5, 6 millimètres de leur base et engainés d'un manchon blanc terne formé de spores (fig. 118). Lorsqu'on cherche à les épiler avec les doigts, ils se brisent au ras de la peau. On peut apercevoir des petits cheveux nouveaux, mais il n'y a plus de grands cheveux sains. Parfois, au pourtour du cuir chevelu, sur la nuque, sur la figure, le *Microsporon* produit des taches rondes érythémato-squameuses éphémères.

2° TEIGNES A GROSSES SPORES dues au *Trichophyton craté-riforme*. Le cuir chevelu de l'enfant est tiqueté de plaques petites et nombreuses (fig. 119) ; les plus grandes ne dépassent que rarement 30 millimètres, la plupart ne comptent qu'une dizaine de cheveux et parfois moins : « Petite plaque, grande spore », dit Sabouraud, et inversement. On conçoit donc que cette teigne passe facilement inaperçue au début

et qu'il faille une grande attention et de la patience pour découvrir des plaques si petites, quand elles sont peu nombreuses. Souvent les plaques paraissent aussi grandes que dans la microsporie, mais il s'agit de plaques plus petites qui ont conflué ainsi que l'atteste le bord micropolycyclique. L'épiderme est squameux sec (« pityriasis par points multiples » des anciens auteurs), rarement gras : de nombreux cheveux longs et sains persistent sur ces plaques (fig. 119). Les cheveux malades sont cassés à ras ou à 2 à 3 millimètres de la peau, décolorés, grisâtres, tordus comme ébouriffés, ou inclus dans l'épiderme en S, en Z, W, etc. Il est donc impossible d'épiler les cheveux au doigt, il faut les extraire avec une aiguille, et l'on s'aperçoit qu'ils n'ont pas de gaine parasitaire comme dans les microspories. Les inoculations ne sont pas rares sur la peau du cou, de la face, donnant des taches rondes, roses, squameuses, allant parfois jusqu'à l'herpès circiné (v. p. 629).

3° TEIGNES A GROSSES SPORES dues au *Trichophyton acuminatum* ou *Tr. violaceum* dite souvent « tondante peladoïde ». Les plaques sont rares ou nombreuses, atteignant même la centaine, grandes ou très petites, ne comprenant que 3 à 10 cheveux. Il persiste des grands cheveux intacts. Tantôt les cheveux malades sont coupés à ras, noirs, deux à trois fois plus gros que des cheveux normaux ; on croirait des comédons noircis par la poussière, ou des grains de poudre incrustés dans la peau ; parfois les débris squameux accumulés autour des débris de poil forment une saillie analogue au cône corné de la kératose pileaire. Tantôt les cheveux malades incapables de percer l'épiderme, s'incurvent sous les lames cornées, donnant des tronçons sigmoïdes, etc., inclus dans l'épiderme transparent.

4° FAVUS dû à l'*Achorion Schoenleini* (dont les chats et les souris sont parfois les agents transmetteurs). La peau est tachetée de godets jaunes (fig. 124) plus ou moins nom-

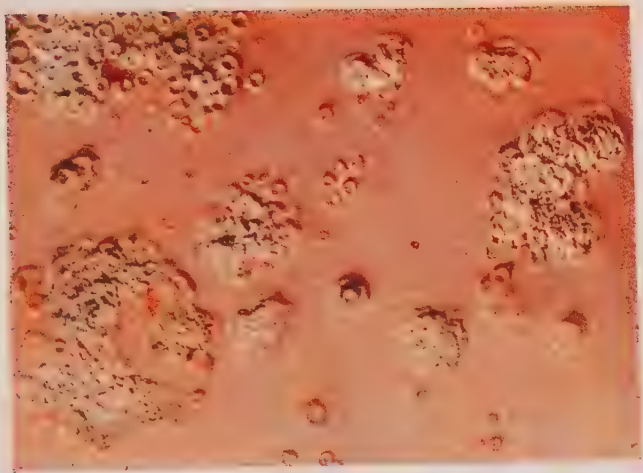


FIG. 121. — Favus généralisé : godets.
(Voir page 615).

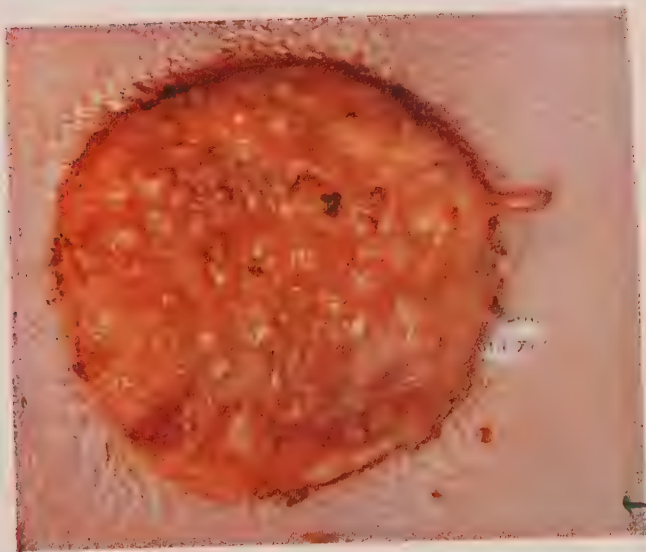
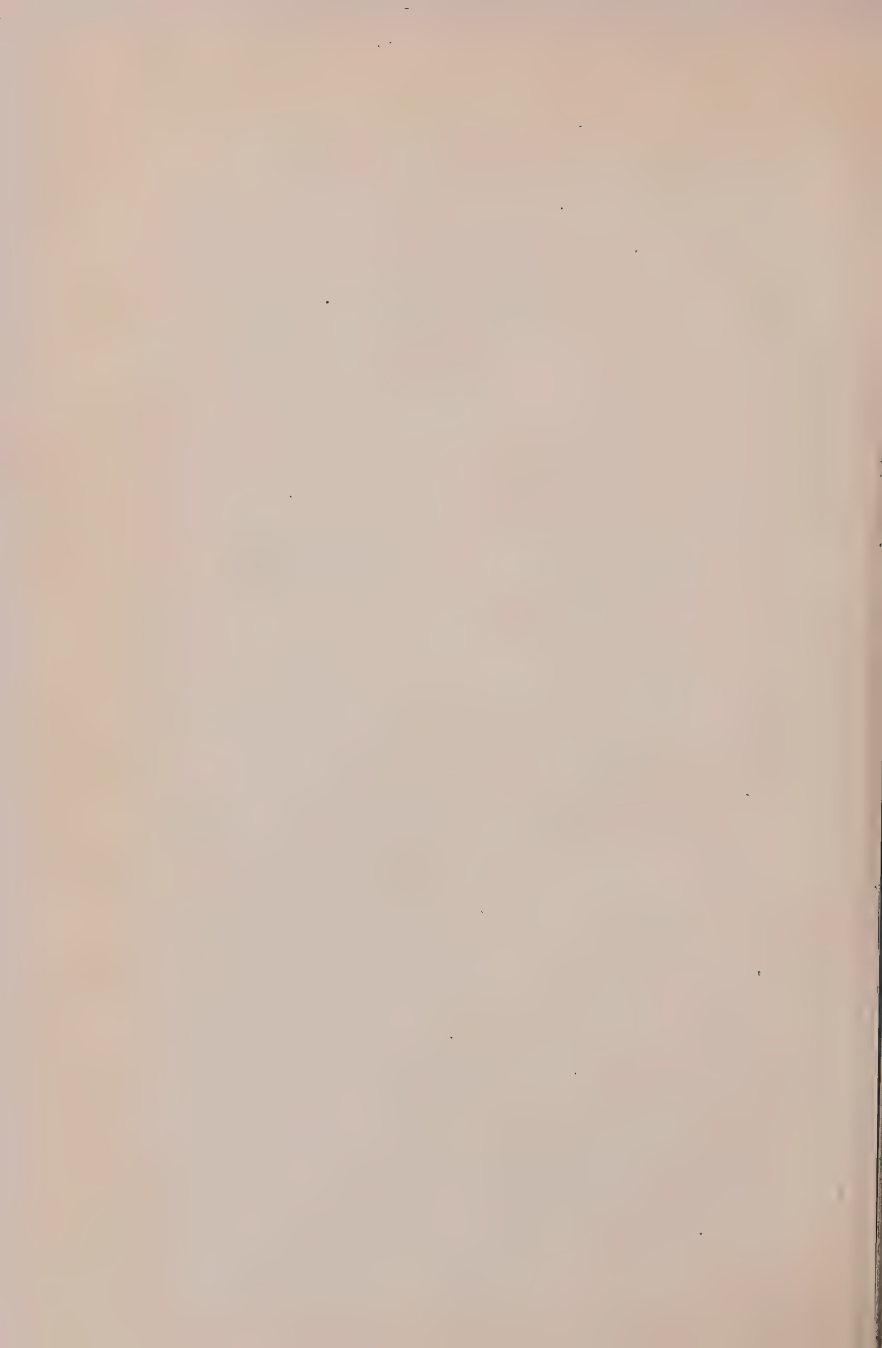


FIG. 122. — Kérion trichophytique. (Voir page 621).



breux, caractéristiques par leur aspect, leur teinte jaune et leur odeur de souris. Les godets ont de 2 à 10, 15 millimètres. Petits, ils sont centrés par un poil, ne font aucune saillie et forment une petite tache jaune ou blanchâtre de 1 à 3 millimètres péripilaire, que l'on pourrait confondre avec une pustulette banale. Adultes, ils sont jaune soufre, opaques, saillants, ourlés sur le bord, ombiliqués au centre. Au-dessous l'épiderme est rouge et enflammé, mais non ulcéré. Parfois, en grandissant, ils s'entourent d'ourlets jaunes, successifs, concentriques, « en nids d'hirondelles ». D'emblée dans certain cas, ou secondairement chez les individus négligents et malpropres, le favus forme des plaques (Favus cutiforme) : les godets en grossissant confluent et perdent leur aspect caractéristique, ils forment des amas squameux, blanchâtres ou blanc jaunâtre, plâtreux, friables, souvent épais de plusieurs millimètres, mêlés de croûtes d'odeur fétide, parfois difficiles à diagnostiquer, si sur le bord on n'apercevait un ourlet ou un fragment de godet.

Les poils sont ternes, décolorés, grisâtres, atrophiés, fragiles, souvent brisés.

Lentement les lésions guérissent, mais au prix d'une cicatrice alopecique définitive de la grandeur du godet; guérison d'ailleurs incomplète si l'on n'intervient pas, car des nouveaux godets repullulent à côté des anciens : les anciens faviques ont ainsi le cuir chevelu tacheté de petites plaques alopeciques, cicatricielles multiples, de 3 à 10 millimètres, parsemées de rares poils frisstants ou déformés.

5° D'autres teignes plus rares ont des aspects différents : — plaques roses, squameuses et légèrement infiltrées ; — plaques squameuses à cheveux cassés courts, entourées d'un halo rouge inflammatoire ; — plaques tachetées de folliculites enflammées ou suppurées, aboutissant à

des sycosis (fig. 123), à des kériions (v. p. 627 et fig. 122); — plaques analogues aux herpès circinés (v. p. 629 et fig. 126); ou à la teigne à forme d'ichthyose pilaire (v. p. 626 et fig. 124); — plaques squameuses, grasses, simulant l'eczéma séborrhéique; — plaques suintantes, croûteuses, impétiginoides, etc.

Ces variétés sont dues presque toujours à divers Trichophytons, surtout à des Trichophytons animaux, mais le favus peut les provoquer exceptionnellement : — *Favus pityriasique* à placards peu étendus, isolés ou confluent, squameux et rouges, bien limités, d'aspect psoriasiforme, mais sous les squames on aperçoit parfois des godets minuscules où une gaine jaune autour des poils; les poils sont altérés, les squames ont l'odeur de souris — *Favus impetiginiforme*, laissant des cicatrices, ce que ne fait pas l'impétigo streptococcique; — *Favus érythémateux et alopécique* simulant les alopecies en plaques multiples de 10 à 30 millimètres des folliculites décalvantes (v. p. 407); sur ces plaques il ne faut pas compter trouver les godets ni les poils favigues habituels frisottants et ternes, c'est à la périphérie qu'il faut chercher des poils ternes, décolorés, entourés à leur base d'une tache grisâtre et d'un halo rose, faciles à épiler¹.

L'évolution est chronique. Abandonnées à elles-mêmes, les teignes du cuir chevelu durent deux, six, huit, dix ans;

1. La *piedra*, affection exotique, consiste en nodosités dures, pierreuses, très petites, échelonnées le long des cheveux ou poils, formées par des amas parasitaires (*Trichosporum*); le traitement consiste en lavage avec la solution aqueuse de sublimé à 2 p. 1 000, et en savonnages antiseptiques suivis de peignage avec un peigne très fin et d'application de pommades antiseptiques mercurielles (v. p. 390). En désespoir de cause, on couperait les poils malades.

La *piedra nostras* ou *leptothrix* ou mieux *trichomycose vulgaire*, fréquente sur les poils des aisselles et du pubis, est due à des amas zoogléiques durcis de cocci : les poils sont jaunâtres ou rougeâtres, ternes et rugueux.

Le traitement est le même que celui de la *piedra* exotique.

les microspories et trichophyties finissent par guérir aux environs de la puberté ou peu après, sans laisser ni alopecie, ni cicatrice; les favus au contraire ont tendance à s'éterniser et ne guérissent qu'en laissant des cicatrices alopeciques définitives. La teigne faveuse est donc la plus grave de toutes.

Le diagnostic est facile, à condition d'y penser, avec les pityriasis simplex où les cheveux restent intacts (p. 368), et les pityriasis stéatoïdes sur-séborrhéiques (p. 374), avec les psoriasis (p. 213) et les « teignes amiantacées » d'Alibert dont les squames épaisses stratifiées, sèches, micacées, agglomèrent des paquets de cheveux sains, avec les impetigos (p. 387), les eczémas (p. 454), la pelade (p. 745), etc. : dans la pelade les cheveux cassés à ras ne sont *pas augmentés de volume*, les cheveux courts sont *en point d'exclamation* et s'épilent entiers. Mais on se souviendra que derrière toute dermatose persistante du cuir chevelu, la teigne peut se cacher : au moindre doute on fera donc l'examen microscopique des poils et des squames et on réservera le pronostic.

TRAITEMENT. — Les traitements anciens, calotte de poix, épilations à la pince, sont barbares et inutiles¹; les applications d'huile de croton sont nuisibles parce qu'elles détruisent le poil et laissent des cicatrices; les

1. Pour le favus, l'épilation à la pince peut suffire : on épile une zone saine de protection autour de chaque placard malade. Après chaque séance d'épilation, puis tous les jours, on frictionnera les zones malades avec l'oléo-stéarate de cuivre, 2 à 10 p. 100, ou une pommade mercurielle, par exemple au turbith au 1/30. Tous les matins on fait un savonnage avec un savon goudronneux salicylique ou naphtolé.

Dehérain dit avoir obtenu des guérisons de favus avec la pommade d'Albour forte (v. p. 393) maintenue en permanence sur les points malades par un taffetas chiffon. Dans les cas rebelles ou récidivants, il ajoute des injections intraveineuses et quotidiennes de 1 cm³ d'une solution à 1 p. 100 de sulfate de cuivre.

badigeons de teinture d'iode diluée et l'épilation à la pince d'une bordure de cheveux sains limitent le mal sans le guérir.

Le seul traitement efficace est la **radiothérapie** dont Sabouraud et Noiré ont réglé la technique :

On coupe les cheveux ras aux ciseaux. S'il est nécessaire, on nettoie le cuir chevelu en imbibant les croûtes avec de l'huile phéniquée, 1 à 10 p. 100, ou avec un mélange à parties égales de baume du Pérou, axonge, savon noir; quelques heures plus tard, on savonne avec un savon de goudron résorciné et on recommence, s'il y a lieu, plusieurs jours de suite. Pendant toute la durée du traitement et jusqu'à guérison complète, on maintiendra les cheveux courts, le cuir chevelu sera badigeonné, tous les jours, avec une pommade iodée (iode, 1 gr. dissous dans 10 gr. de xylol, vaseline 100 à 300 (Bory) ou avec la teinture d'iode diluée au 10° dans l'alcool à 60° ou avec la pommade d'Alibour (v. p. 393) et savonné une à deux fois par semaine. En effet, il faut, par des soins antiseptiques continus, *empêcher la récurrence par réinoculation*.

On divise la tête en ronds de 8 centimètres avec le localisateur radiothérapique, et, en ayant soin de protéger par des plaques de plomb les régions déjà irradiées, on expose tout ou partie du cuir chevelu aux rayons X. La tête est placée à 15 centimètres du centre de l'ampoule; la dose voulue, 4 1/2 à 4 H, est mesurée au moyen des modifications de teinte d'une pastille de papier au platino-cyanure de baryum placée à 8 centimètres du centre de l'ampoule; on apprécie les changements de teinte avec le radiochromomètre de Sabouraud et Noiré; on n'irradie qu'une seule fois la même région. Cinq à douze séances de quelques minutes, que l'on peut faire le

même jour, au total 2 à 3 heures, suffisent pour couvrir tout le cuir chevelu.

« Quinze à vingt jours après la séance, les cheveux tombent en totalité. Au 25^e jour, les racines, des cheveux teigneux sont expulsés spontanément; elles contiennent encore le parasite vivant. Au 30^e jour, il ne reste plus sur la plaque ni cheveux, ni traces de parasites; l'enfant est chauve, mais *il n'est plus contagieux*. La repousse commence deux mois et demi après la séance radiothérapique; elle est complète cinq mois après elle. » (Sabouraud.) Quel contraste avec les méthodes anciennes, et quelle économie! Mais ce traitement est délicat, il ne doit être pratiqué que par des médecins experts en radiothérapie; en effet, une dose trop faible laisse des poils mal guéris et oblige à recommencer; des doses trop fortes donnent une alopecie définitive¹.

Dès qu'un cas se déclare à l'école, dans une famille, dans une maison, tous les autres enfants doivent être minutieusement examinés, les enfants douteux seront traités par la teinture d'iode diluée au 1/10 dans l'alcool à 60° et longuement surveillés. Les enfants malades seront isolés des autres enfants, exclus de l'école et envoyés au laboratoire de radiothérapie; les objets leur ayant appartenu seront désinfectés ou brûlés. Leur cuir chevelu sera protégé par un bonnet.

Il est souvent utile d'instituer un traitement général, huile de foie de morue, sirop iodotannique phospho-

1. Lorsqu'une affection détermine par elle-même de l'alopecie, par exemple, le favus, le lupus érythémateux, il faut éviter la radiothérapie qui serait accusée d'avoir provoqué cette alopecie ou prévenir le malade et exiger de lui une lettre où il reconnaît avoir été prévenu par le médecin.

arsenié, sirop iodure de fer, séjour à la mer ou à la campagne, etc. (v. p. 531), car fréquemment les enfants teigneux sont débilités ou scrofulo-lymphatiques.

Les teigneux guéris ne seront repris à l'école que munis de deux certificats faits à quinze jours d'intervalle au moins et spécifiant l'absence de tout poil malade; la surveillance doit être prolongée plusieurs mois.

*
* * *

Teignes de la barbe.

Elles sont dues à divers *Trichophytions*, exceptionnellement à des *Microsporons* et revêtent des formes multiples :

— *Teigne à petites spores due au Microsporon equinum* (v. p. 619); *trichophytie à grosses spores* (v. p. 620) due au *Trichophyton violaceum*; *Favus* (v. p. 620), etc., qui revêtent le même aspect qu'au cuir chevelu.

— *Herpès circiné* (v. p. 629 et fig. 126) : vésiculeux ou simplement squameux.

— *Trichophytie impétiginoïde* due au *Trichophyton cérébri-forme* : les placards très petits, comprenant 3 à 5 poils, disséminés au hasard, suintants et érodés, sont recouverts de minces squames-croûtes; « des poils malades émergent d'une collerette épidermique, grisâtre... Cette forme se complique de nodules sycosiques sous-jacents plus ou moins gros et nombreux ».

— *Trichophytie sèche à forme d'ichthyose* (fig. 124) due au *Tr. rosaceum* : les placards sont diffus ou arrondis (fig. 124); l'épiderme est squameux, sec; « chaque poil, gros, gris et court, faisant sur la peau une saillie d'un à deux millimètres, sort d'un petit cratère corné de 1^{mm},5 de large, qui ressemble au cône corné de la kératose pileaire des bras ».

— Et surtout *sycosis parasitaires*, ou trichophyties suppu-

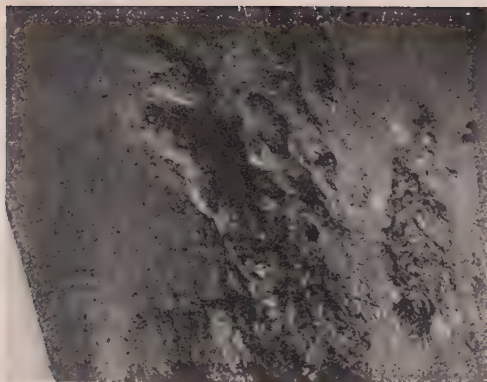


FIG. 123. — Sycosis trichophytique : ou folliculites trichophytiques suppurées, disséminées et agminées. (Voir page 626).

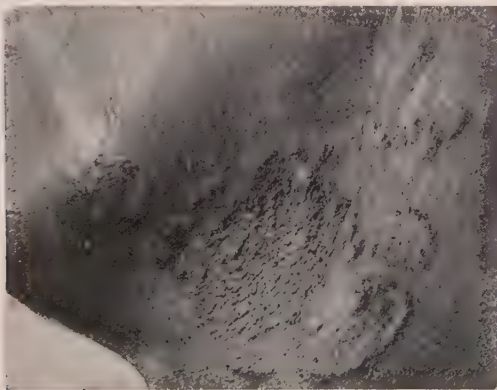


FIG. 124. — Trichophytie de la barbe dite à forme d'ichthyose pileaire et due au *Trichophyton rosaceum*. (Voir page 626).

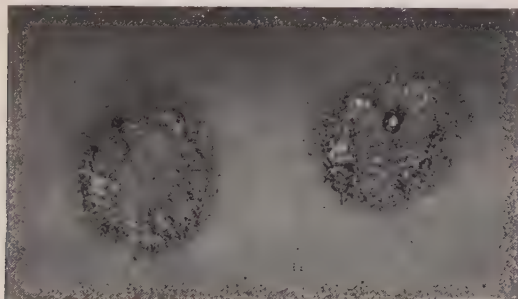


FIG. 125. — Favus circiné érythémato-squameux de la peau glabre avec petits godets jaunes. (Voir page 630).



ratives folliculaires, à nodules tantôt séparés les uns des autres (sycosis nodulaire), tantôt agminés (kérion).

Le **sycosis nodulaire** (fig. 123) est formé de nodosités disséminées restant isolées ou confluant irrégulièrement, rouges, violacées, péripilaires, saillantes, fermes, suppurées au centre et souvent « demi-fongueuses »; la peau entre les nodosités est rouge, squameuse; les lésions sont prurigineuses, parfois « cuisantes »; l'adénopathie est fréquente. La forme atténuée simule l'acné pustuleuse indurée.

Le **kérion** (fig. 122) dessine un, deux, trois macarons rouges, de 2 à 6 et 8 centimètres de diamètre, fortement saillants, d'une orbicularité plus ou moins parfaite; leur surface est rouge, squameuse ou croûteuse, érodée, ou humide criblée de pustules de tous âges, les unes suppurées, les autres croûteuses. La pression fait sourdre des gouttelettes de pus de chacun des orifices (suppuration en écumoire), les poils s'arrachent facilement, entiers et sans douleur.

L'**évolution** des lésions abandonnées à elles-mêmes est chronique, presque indéfinie. Au contraire la guérison est rapide avec le traitement iodé, mais il peut rester une alopécie incomplète et des cicatrices.

Le **diagnostic** souvent facile est parfois des plus difficiles avec les pyodermites banales : folliculites, anthrax, etc., avec les pityriasis, les eczêmas... et même les lupus (v. p. 498), avec le chancre géant « macaron » du menton et les syphilides (v. *Traitement de la syphilis*, p. 249, 278, 328).

Les syphilides sont indolentes, plus sèches ou plus ulcéreuses, leur infiltrat est plus ferme et non œdémateux, leur teinte est plus rouge, les croûtes sont plus ecthymateuses, les ulcérations sont plus fréquentes, plus larges, caractéristiques; les poils sont intacts, il n'y a pas de petits abcès profonds folliculaires.

Le furoncle et l'anthrax, les pyodermites, ont un aspect moins régulier, sont beaucoup plus inflammatoires et douloureux. Dans le sycosis trichophytique, les poils sont

souvent altérés, ternes, fragiles, les lésions sont asymétriques, respectant d'ordinaire la moustache, alors que les pyodermites, d'ordinaire bilatérales, symétriques, affectent la gouttière sous-narinaire et dérivent habituellement d'un coryza plus ou moins latent, etc.

En cas de doute, on pratiquera l'examen microscopique, non pas des poils détachés par la suppuration, mais des poils follets des régions squameuses et du pourtour. Si l'examen reste négatif, on ensemence le pus, les squames et les poils sur gélose glycosée peptonée à froid (v. p. 596) et bientôt on voit se développer des colonies blanches plaîtreuses du groupe des *Trichophyton gypsum* d'origine animale : équine, etc.

TRAITEMENT. — On coupe les poils *aux ciseaux*; on déterge les lésions par des pulvérisations résorcinées ou par des pansements humides avec l'eau d'Alibour diluée au 1/15. Puis on badigeonne matin et soir les lésions, soit avec la teinture d'iode diluée au 1/10 dans l'alcool à 60°, soit plutôt avec de l'eau iodo-iodurée 1 à 3 p. 100, car la solution alcoolique irrite les lésions. On enlève à la pince les poils des follicules suppurés. Dans l'intervalle, on applique soit des pansements humides, si les lésions sont très enflammées, soit la vaseline iodée (v. p. 624), soit une pommade d'Alibour (v. p. 393) ou une pommade à l'oxyde jaune de mercure à 1 p. 100. Lorsque des nodules profonds persistent, on les ouvre avec des scarifications profondes linéaires ou au galvanocautère. Si les placards restent rebelles au traitement ou tendent à progresser, il ne faut pas hésiter à épiler à la pince, en bordure des parties malades, une zone de 5 à 6 millimètres de poils sains. — Si ce traitement échoue, on emploiera la radiothérapie comme dans les teignes du cuir chevelu et la vaccinothérapie.

*
* *

Teignes de la peau glabre.

En dehors des trichophyties folliculaires, sycosis nodulaires et kérions, qui ne sont pas rares à la nuque, au cou, au dos de la main et du poignet, la peau glabre peut être atteinte d'épidermites trichophytiques squameuses ou vésiculeuses, n'envahissant pas le poil, donc bénignes; et d'autres épidermites mycosiques doivent encore être signalées : *Favus*, *Pityriasis versicolor*, etc.

Les formes cliniques des *Trichophyties* sont innombrables, aussi nombreuses que les parasites originaires des animaux, chien, cheval et chat, etc. ; les lésions sont presque toujours remarquablement rondes, tantôt uniques, tantôt multiples et partout disséminées, distinctes les unes des autres ou plus ou moins confluentes et polycycliques. Elles sont petites de 1 à 2 centimètres, ou grandes, larges de 10, 12 centimètres et parfois davantage, souvent prurigineuses.

Tantôt elles dessinent des *cercles* rouges ou rosés, sans lésion de la peau de l'intérieur du cercle; le trait du cercle est saillant, large de 2 à 6 millimètres, squameux d'ordinaire et parsemé de fines vésicules éphémères qui bientôt se troublent, desquament ou s'incrustent. Parfois à l'intérieur d'un grand cercle s'inscrivent d'autres cercles plus petits (cocarde trichophytique).

Tantôt elles forment un large *placard* arrondi rouge, souvent squameux, légèrement saillant, entouré d'une collerette de vésicules, de pustules ou de croûtelles (*Herpès circiné*) (fig. 126); l'intérieur du cercle est altéré, parsemé de vésicopustules ordonnées en lignes courbes ou irrégulièrement disséminées, le centre peut régresser ou même guérir

complètement pendant que la lésion s'étend par ses bords.

Exceptionnellement les *vésicules* prennent une grande importance, entourent le placard d'une phlyctène en couronne; parfois même une bulle occupe toute la surface de la tache (*Trichophytie dyshidrosiforme*).

Tantôt l'épidermite forme des taches *érythémato-squameuses*, rondes ou ovales, assez bien délimitées, peu ou pas saillantes, avec peu ou pas de vésicules visibles (fig. 127). L'épiderme est rose pâle ou rouge vif, ou rouge orangé. Parfois l'intensité des lésions est la même sur tout le placard, mais souvent le centre guérit ou tend à guérir et le maximum des lésions est sur les bords (*trichophyties serpiginieuses polycircinées* ou *polymicrocircinées*). On croirait à un eczéma sec (v. p. 161, fig. 3), ou séborrhéique (v. p. 374), au psoriasis (v. p. 213, fig. 7), au pityriasis rosé de Gibert, (v. p. 206, fig. 64), mais leur marche extensive est plus rapide, l'auto-inoculation est évidente; leur forme est plus ronde, plus circinée, plus nettement limitée; les vésiculètes, quand elles existent, sont à tendance suppurée, souvent plates, moins saillantes que celles de l'eczéma et souvent péripilaires.

Le **diagnostic** est souvent des plus difficiles et peut se poser même avec les lupus érythémateux (v. p. 541) et les syphilides. On doit penser aux teignes devant tout eczéma atypique à contours bien délimités, devant toute lésion érythémato-squameuse résistant aux traitements habituels. On cherchera le champignon au microscope, ou d'emblée on appliquera le traitement iodé d'épreuve.

Le *favus* de la peau glabre revêt non seulement les mêmes aspects qu'au cuir chevelu : godets et placards blanchâtres irréguliers épais (v. fig. 121, p. 621); mais encore des formes érythémateuses, et plus souvent érythémato-squameuses, semblables aux trichophyties circinées (fig. 125), avec ou sans godets minuscules. On voit



FIG. 126. — Trichophytie circinée
vésiculo-pustuleuse : herpès circiné.
(Voir page 629).



FIG. 127. — Trichophytie circinée
sèche squameuse, à vésicules rares
ou absentes. (Voir page 630).

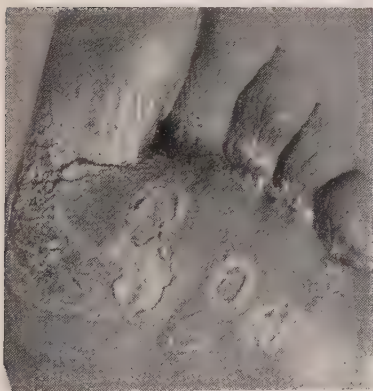
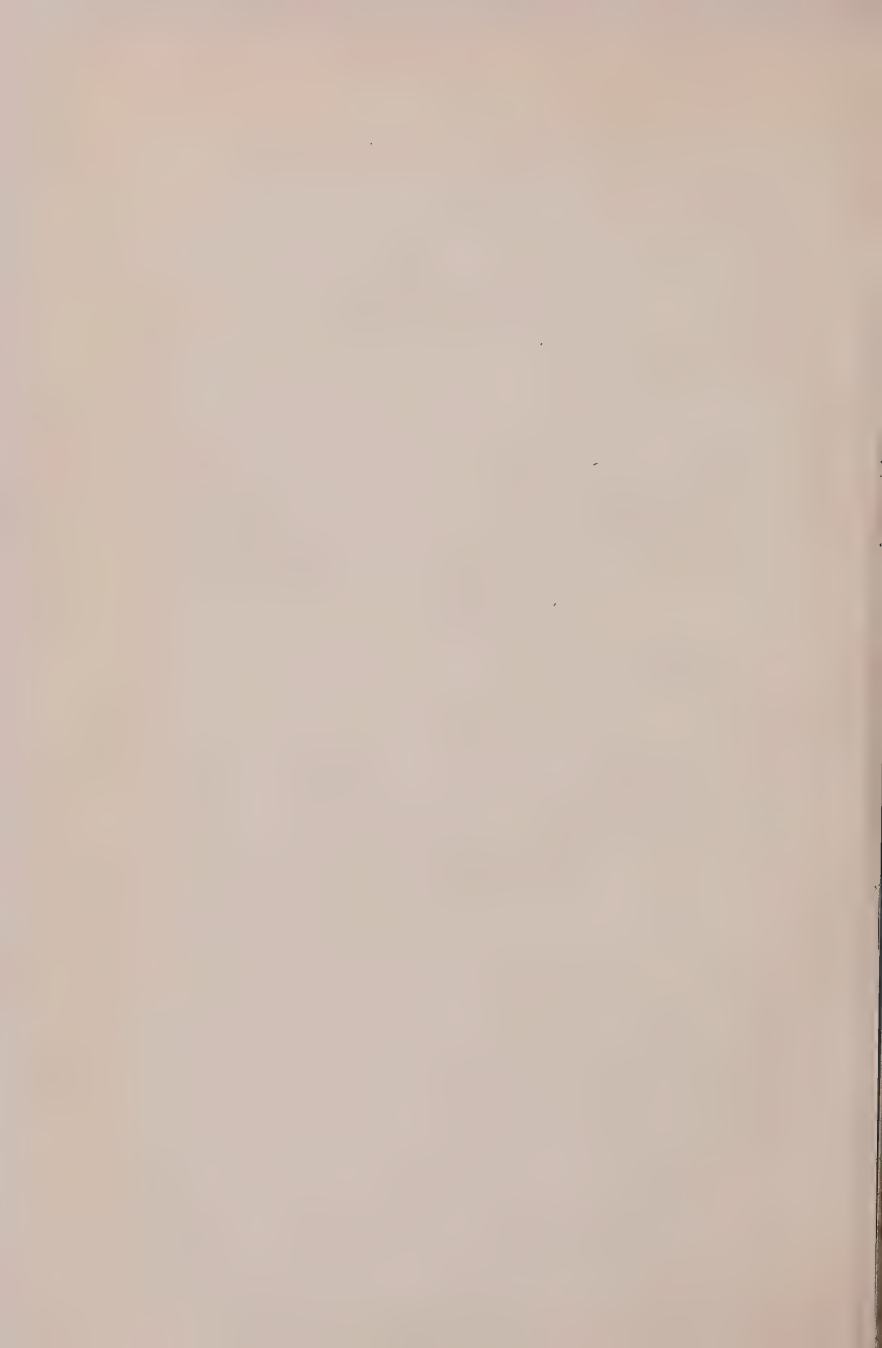


FIG. 128. — Trichophytie de la plante
du pied. (Voir page 632).



FIG. 129. — Onychomycose.
(Voir page 636).



alors apparaît sur une plaque arrondie, rouge, squameuse, d'un à plusieurs centimètres, de petits points, blanchâtres d'un à deux millimètres à la base des poils ou des godets jaune-soufre typiques (fig. 125).

Le *pityriasis versicolor* a un aspect tout différent (fig. 130). Il forme des taches petites ou grandes, d'ordinaire nombreuses et confluentes, inégales, café au lait, lisses, un peu grasses, non squameuses. L'ongle, en appuyant fortement et en grattant, détache d'un coup l'épiderme malade : c'est le signe du copeau.

L'évolution de ces teignes est chronique, indéfinie. Les placards se multiplient par auto-inoculation.

Le **traitement** est très simple : faire tomber les croûtes et les squames, s'il y a lieu, avec une vaseline iodée à 1 p. 100 (v. p. 624), puis par un savonnage ; badigeonner matin et soir les lésions en appuyant assez fortement avec un tampon imbibé d'eau iodo-iodurée à 3 p. 100 ou de :

Teinture d'iode	10 gr.
Liqueur d'Hoffmann.	90 gr.

(Inflammable.)

Laisser sécher et appliquer une pommade antiseptique : vaseline iodée (v. p. 624), pommade d'Alibour (v. p. 393) ou :

Calomel	0 gr. 50
Tannin pur à l'éther	0 gr. 50 à 1 gr.
Vaseline.	25 gr.
(Facultativement oxyde de zinc.)	5 gr.)

Sur la figure, on enlèvera, le matin, les taches jaunes d'iode avec une solution concentrée d'iodure de potassium (ou de carbonate de potasse).

En cas d'irritation, on calmerait avec une pâte soufrée salicylée cadique (v. p. 189).

En cas d'échec, la pommade au calomel sera remplacée par une pommade iodée à 1 à 3 p. 100 (v. p. 624), puis par une pommade à la *chrysarobine* ou à l'acide pyrogallique à 1 p. 100 (v. p. 236)¹. On pourrait tenter le traitement par des vaccins (Bruno Bloch). Dans le favus, il faut en outre épiler les poils à la pince.

*
* * *

Teignes palmo-plantaires.

Très rare, cette localisation est pourtant importante à ne pas méconnaître, car elle exige un traitement spécial différent de l'eczéma avec lequel on la confond ordinairement.

Ce sont des plaques arrondies de 2 à 15 millimètres distinctes ou confluentes, souvent serpigneuses (fig. 128). Le centre est habituellement irrégulier en voie de desquamation, poudreux, rouge ou rosé, donc en creux par rapport à l'épiderme environnant; les bords sont formés par une couronne plate d'épiderme blanchâtre décollé large de 1 à 4 ou 5 millimètres, donnant l'impression d'un reliquat de bulle sèche affaissée. Quand on recline ces bords squameux, on découvre de fines vésicules rangées en ligne courbe. Tout autour du placard principal, peuvent s'essaimer des lésions petites ressemblant à une vésicule desséchée non encore ouverte.

Le **traitement** comprend : 1° le décapage de l'épiderme infecté au moyen de pansement à la glycérine iodée au 1 p. 100 et grattages à la curette. Si ces applications ne suf-

1. Les teignes exotiques des parties glabes : caratés de diverses couleurs, teigne imbriquée ou tokelau, trichophytie noire de Panama, etc., seront reconnues au microscope par la même technique et seront traitées par les mêmes méthodes que nos trichophyties.

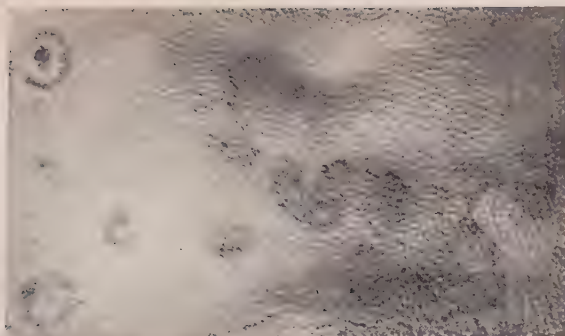


FIG. 130. — Pityriasis versicolor du thorax. (Voir page 631).



FIG. 131. — Teigne du pli inguino-scrotal dû à l'« *Epidermophyton inguinale* », dit « Eczéma » ou pityriasis marginé. (Voir page 633).

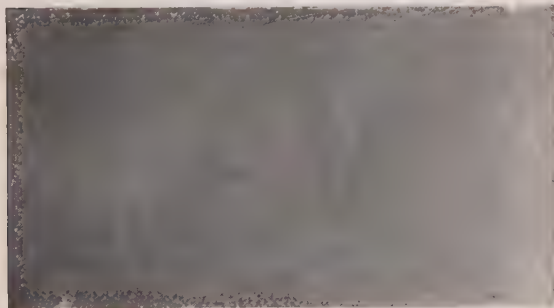
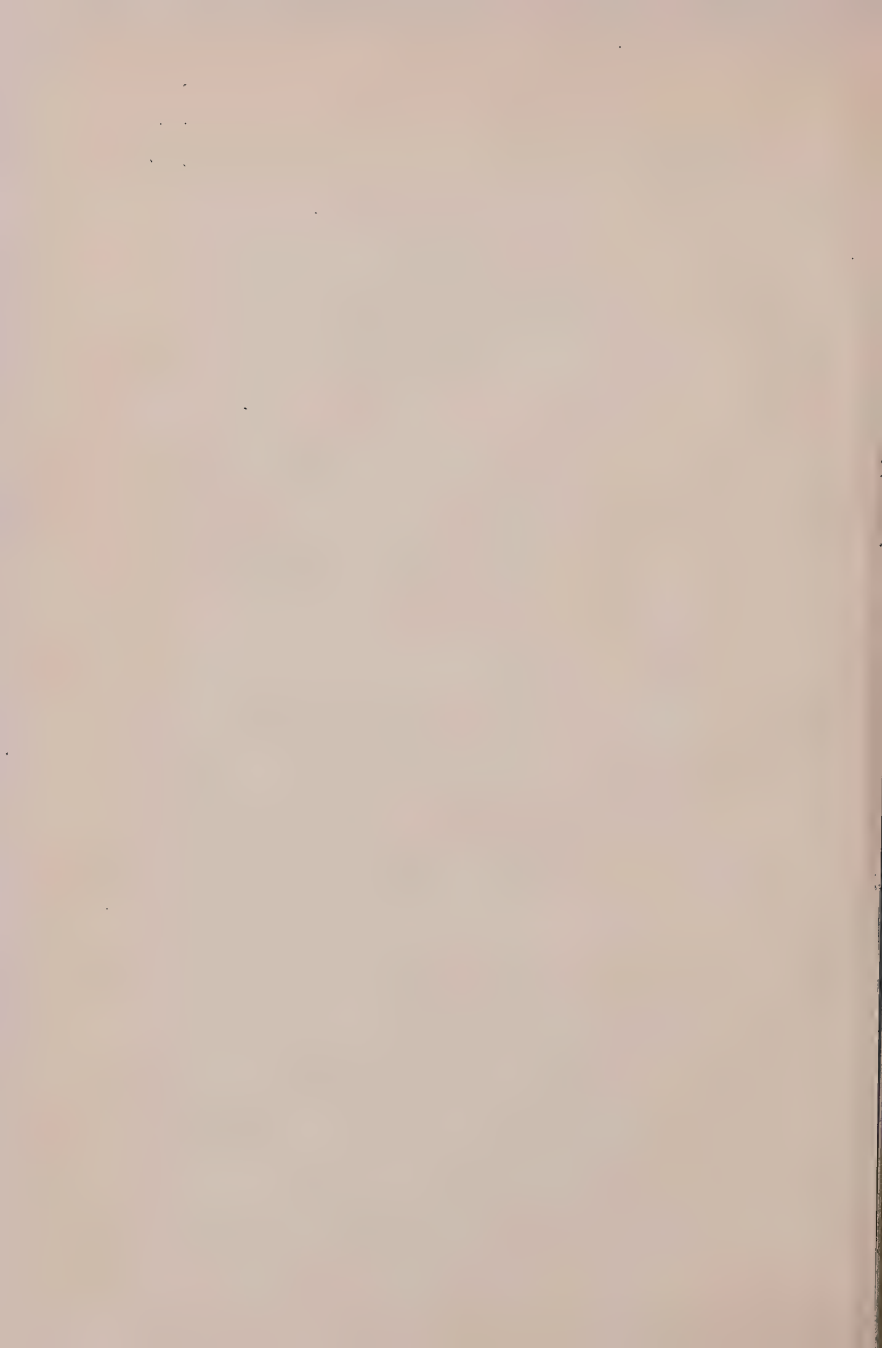


FIG. 132. — Erythrasma. (Voir page 634).



fisent pas, on emploiera des pâtes salicylées à 2, 10 p. 100 (voir p. 343), ou le savon ponce et même la pierre ponce.

2° Puis, après décapage, des pansements avec la vaseline iodée (v. p. 624), la glycérine iodée à 1 p. 100 ou l'eau iodo-iodurée à 0,30 p. 100; en cas d'irritation, onctions avec une pommade d'Alibour ou pommade mercurielle au calomel à 2 p. 100, avec ou sans goudron.

3° Enfin quand il ne reste plus d'épiderme épais infecté, on appliquera le traitement des teignes des parties glabres.

*
* * *

Épidermites mycosiques des plis cutanés et articulaires.

Les plis articulaires et les plis cutanés fessiers, génito-cruraux, sous-mammaires, etc., les plis des orteils sont souvent infectés par des champignons : *Trichophyton*, *Épidermophyton*, *Microsporon*, et même *Blastomycètes*, ainsi que je l'ai montré avec M. Gancea (*Soc. Dermatol.*, 1914, p. 295 et 335).

Les *Trichophyton*s donnent des taches arrondies multiples polycircinées, analogues à celles de la peau glabre, rouges et squameuses, légèrement saillantes; parfois, dans les plis des orteils, les lésions sont vésiculeuses humides plus ou moins eczématiformes. Les lésions dues aux *Blastomycètes* revêtent un aspect analogue.

L'*Épidermophyton inguinale* produit « l'eczéma marginé de Hebra » (fig. 131), ainsi appelé parce que les lésions ont un bord assez nettement vésiculeux et eczématiforme. Les placards sont assez grands, dépassant souvent 5 centimètres, rouges ou rouge-orangé brunâtre, plus ou moins squameux, bordés d'un liséré, plus ou moins circiné poly-

cyclique; ce liséré est plus coloré que le centre, squameux ou finement vésiculo-pustuleux. Ils progressent sur les bords, mais à l'intérieur des cercles l'épiderme reste malade, et on peut reconnaître la trace de cercles anciens.

Le *Microsporon minutissimum* donne l'**Érythrasma** (fig. 132). Habituellement localisé aux plis génito-cruraux, il peut atteindre les aisselles, etc., et même la peau vague; il dessine un ou plusieurs larges placards à bords arrondis, rarement irréguliers et à peine saillants. L'épiderme, rouge ou plus souvent rouge brunâtre tirant sur le café au lait, est plissé, comme moiré, il donne au toucher une sensation onctueuse comparable à celle du talc, il tend à desquamer, mais le grattage ne donne que des squames fines, poudreuses; il est donc fort peu squameux. Parfois, au centre, les lésions semblent régresser, la peau prend un aspect jaunâtre; il serait plus exact de dire que l'humidité du pli cutané provoque le décapage. Parfois la bordure de la plaque est rouge un peu animé.

L'évolution de ces mycoses est indéfinie.

Le **diagnostic** est souvent plus difficile que ne l'indiquent les livres. Les intertrigos « simples », dont Sabouraud a démontré la nature streptococcique, sont plus confinés au fond du pli, plus rouges, plus suintants, moins bien délimités et plus douloureux. L'eczéma est plus rouge, plus squameux, plus vésiculeux, plus irrégulier de forme, avec des ilots et vésicules en archipel bordant les plaques principales; les vésicules sont plus régulières et restent claires. Mais l'eczématisation et l'infection secondaire des mycoses des plis par les microbes saprophytes ne sont pas rares, altérant l'aspect de la mycose, et compliquant le diagnostic.

Le **traitement** est analogue à celui des teignes des parties glabres :

Tous les jours, 1° le soir savonnage avec un savon

résorciné et décapage à la curette de toutes « les peaux mortes ».

2° Puis friction rude avec la teinture d'iode au 1/5 ou la liqueur d'Hoffmann iodée (v. p. 631) et, immédiatement après, onction de vaseline iodée (v. p. 624) ou de pommade d'Alibour ou de pommade au calomel (v. p. 631);

3° Enfin, poudrer avec du talc pur, ou mieux boraté (v. p. 419), et séparer les surfaces cutanées par un linge fin ou un suspensoir très souple.

Le malade changera de linge tous les jours au début du traitement.

En cas d'irritation, on diminuera la dose d'iode, on emploiera une solution *aqueuse* iodo-iodurée et un savon boraté; on alternera le traitement iodé avec des onctions de glycérine boratée ou créosotée à 3 p. 100; on appliquera, pendant les suspensions de traitement, des pâtes de zinc contenant 1 à 10 p. 100 de borate de soude.

En cas d'échec (tout en continuant, si possible, l'iode), on utilisera les pommades résorcinée, salicylique avec ou sans huile de cade, — des préparations chrysophaniques ou pyrogalliques 1 à 5 p. 100, analogues à celles du psoriasis (v. p. 236), — les pommades soufrée salicylique cadique des eczémas rebelles (v. p. 189), — la poudre soufrée à 1 à 10 p. 100, — les eaux minérales sulfureuses ou arsenicales (La Bourboule).

Après la guérison apparente, il faudra, si l'on veut éviter une récurrence presque certaine, continuer le traitement iodé, la pommade mercurielle et le poudrage pendant au moins un mois. Le malade se surveillera attentivement, et recommencera la cure au moindre soupçon de récurrence.

*
* * *

Onychomycoses.

Les mycoses des ongles (fig. 129), dues le plus souvent à des Trichophytons d'origine animale, parfois au favus, etc., sont heureusement rares; car ce sont, par leur ténacité désespérante, les plus graves des teignes. Tantôt elles s'associent à d'autres lésions teigneuses de l'épiderme, herpès circiné, etc., qui en facilitent le diagnostic; tantôt les ongles sont seuls atteints. D'ordinaire, plusieurs ongles sont envahis.

Les parasites étant inoculés par le bord libre, les lésions de l'ongle commencent par le bord libre ou sous la sertissure, et restent limitées à la partie inférieure de l'ongle (fig. 129). On aperçoit d'abord des taches arrondies de 1 à plusieurs millimètres, opaques, sous la table externe de l'ongle. L'onychomycose peut rester à ce stade.

D'ordinaire, ces taches confluent, l'ongle s'épaissit, se strie, prend l'aspect « *en moelle de jonc* » et on peut y reconnaître trois zones : — 1° la rainure sous-unguéale et le bord libre atteignent 2 à 4 millimètres d'épaisseur formant une masse blanche, opaque, *vermoulue*, squameuse (« jaunâtre dans le favus »); — 2° la partie inférieure de l'ongle, sur une hauteur de 2 à 6-8 millimètres, est opaque, blanchâtre, *striée*; — 3° au-dessus de cette zone, se dessinent des taches et des stries qui marquent l'envahissement de la partie encore saine de l'ongle.

Enfin, la table externe peut s'exfolier, la partie malade de l'ongle est à nu, irrégulière, friable.

L'ongle peut tomber spontanément, mais l'ongle nouveau est infecté, si un traitement énergique n'intervient

pas. Sauf infection secondaire, l'onychomycose reste habituellement indolente. Elle dure des années.

Toutes les lésions de l'ongle ont un « air de famille », ce qui rend difficile le **diagnostic** clinique d'onychomycose. On y pensera en face d'une lésion de longue durée, *permanente, localisée à la partie inférieure de l'ongle*. L'examen microscopique ou la culture des débris d'ongle obtenus en limant la partie vermoulue affirmeront seuls le diagnostic.

Le **traitement** est long et trop souvent peu efficace. Le soir, badigeonner avec la liqueur d'Hoffmann iodée, puis pansement humide la nuit, avec un lambeau d'ouate trempée dans la solution suivante et maintenue par un doigtier de caoutchouc :

Iode	0 gr. 05 à 1 gr.
Iodure	0 gr. 10 à 2 gr.
Eau	100 gr.

Dans le jour, application : soit de vaseline iodée (v. p. 624), soit de pommade mercurielle ou soufrée-salicylique-cadique (v. p. 189), soit de pommade d'Alibour, soit d'emplâtre salicylique ou mercuriel, soit plutôt de collodions mercuriels, etc., très propres et très commodes pour toutes les affections des ongles (v. p. 709).

En cas d'échec, on tentera trois séances de rayons X, à un mois d'intervalle (Sabouraud et Noiré), ou l'héliothérapie, qui m'a donné un succès.

En cas d'échec, on se bornera à un traitement palliatif ; ou, si le malade exige un traitement plus actif, on proposera : soit la destruction de l'ongle avec la potasse, soit l'ablation de l'ongle, sous anesthésie locale ; on pansera soigneusement et sans arrêt la plaie avec l'eau

iodée la nuit, et la pommade mercurielle pendant le jour, afin d'éviter la récurrence dans l'ongle nouveau qui repousse.

*
* * *

On peut résumer en quelques phrases ce qu'il est indispensable de retenir, en pratique, de cette question des teignes.

Quels que soient l'aspect et la localisation d'une lésion épidermique ou dermo-épidermique, il ne faut jamais négliger de discuter le diagnostic de teigne.

Devant toute lésion du cuir chevelu, de la barbe, de la peau glabre, des plis cutanés, des régions palmo-plantaires ou des ongles, ressemblant à des pityriasis simples ou stéatoïdes eczématisés ou suintants; devant toute épidermite ressemblant au psoriasis, à l'impétigo, à la folliculite décalvante, aux pelades, aux lupus érythémateux, et même aux syphilides, etc., surtout si cette lésion résiste aux traitements habituels, il faut songer aux teignes et se souvenir que les teignes peuvent tout simuler; on recherchera donc au microscope les champignons dans tous les cas douteux.

La même méthode diagnostique, très simple, s'applique à tous les cas : imprégnation par la potasse et examen microscopique.

En cas de doute persistant, on n'hésitera pas à tenter un traitement d'épreuve prudent.

Les mêmes traitements s'appliquent à toutes ces épidermites : radiothérapie au cuir chevelu, et parfois à la barbe et aux ongles; iode en solution alcoolique, aqueuse ou glycinée, et pommades iodées, cuivriques, mercurielles ou chrysarobiniques, dans la barbe, sur la peau glabre, les ongles, etc.

On doit prendre dans tous les cas les mesures prophylactiques utiles : dans les teignes du cuir chevelu, isolement de l'enfant et examen de l'entourage ; recherche de la source animale de contagion dans les autres teignes : les animaux malades seront soignés ou abattus.

Enfin, on se rappellera que les enfants teigneux, que les adultes atteints de certaines mycoses, notamment de pityriasis versicolor, sont souvent des déprimés, des scrofulo-tuberculeux, et l'on profitera de cet avertissement.

CHAPITRE XIX

TUMEURS MALIGNES

ÉPITHÉLIOMAS. SARCOMES. MYCOSIS FONGOÏDE.

Règles générales de traitement, de surveillance des malades et de prophylaxie, p. 640.

ÉPITHÉLIOMAS : 1^{er} groupe. Épithéliomas pavimenteux lobulés, à globes cornés ou spino-cellulaires, p. 644.

2^e groupe : Épithéliomas pavimenteux tubulés ou baso-cellulaires, p. 645.

3^e groupe : Nævo-carcinomes, p. 648.

4^e groupe : Formes spéciales, p. 648; maladie de Paget, p. 648; Épithéliomas à forme sclérodermique, etc., p. 649.

5^e groupe : Cancres cutanés secondaires métastatiques, p. 650.
Diagnostic, p. 650; **Traitement**, p. 651; — Traitement de choix : Radio et radiumthérapie, avec ou sans exérèse, p. 651; — Traitement de remplacement : caustiques arsenicaux, destruction ignée et exérèse, p. 652. Traitement des cancers étendus inopérables, p. 654.

SARCOMES : Aspects cliniques, p. 656; **Diagnostic**, p. 659; **Traitement**, p. 660.

MYCOSIS FONGOÏDE, p. 661; Formes larvées du début : éruptions prémycosiques, p. 661; Forme complète : les tumeurs, p. 663; **Diagnostic**, p. 664; **Traitement**, p. 665.

La peau peut être le siège de presque toutes les variétés de tumeurs bénignes : lipomes, fibro-lipomes, fibromes, myomes, ostéomes et nodules calcifiées; elle peut être envahie par la plupart des tumeurs malignes, épithéliomes, sarcomes, lymphadénomes, etc.

Toute la question est dominée par la notion de malignité, il faut donc tenter un diagnostic précoce, car le seul moyen, à l'heure actuelle, de guérir un cancer est

de le détruire lorsqu'il est encore localisé; il faut profiter du siège cutané ou muqueux des cancers pour les dépister dès leur début, ce qui, malheureusement, nous est impossible pour les cancers viscéraux; il faudra, par conséquent, surtout chez des sujets ayant dépassé la soixantaine, penser toujours aux néoplasies et chercher à préciser ce diagnostic par tous les procédés; dans le doute, on pratiquera l'ablation qui permettra l'examen histologique, ressource suprême du diagnostic; le médecin coupera la pièce fraîche en tranches minces de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, les versera dans un flacon rempli d'alcool à 90°, et, après avoir bien bouché, les enverra dans un laboratoire.

Le traitement sera aussi hâtif, et la destruction aussi complète que possible, mais en variant les procédés suivant chaque cas et suivant les ressources du médecin en matériel. Après guérison, on exigera du malade l'examen périodique, mensuel, puis trimestriel, afin de surveiller la cicatrice et de détruire dès son début la moindre menace de récurrence.

Enfin, on se souviendra dans les traitements anticancéreux des quatre données suivantes, très importantes par leurs sanctions pratiques :

1° Presque toujours, les cancers se greffent sur des lésions dites « états précancéreux », les uns congénitaux : nævi (fig. 141), les autres acquis : « crasse sénile » (fig. 138), adénome sébacé (fig. 139), dyskératose précancéreuse lenticulaire et en disques de Bowen², leucoplasies¹,

1. Syphilis et cancer, prophylaxie du cancer, *Journal des praticiens*, 14 sept. 1912, n° 87, p. 577.

2. Darier donne de cet état précancéreux la description suivante : « Chez des sujets jeunes ou adultes, apparaissent en un

kraurosis vulvæ (voir *Traitement de la syphilis*, p. 569), etc. ; il faut donc surveiller ces lésions précancéreuses,

point quelconque des téguments du tronc ou des membres, des éléments arrondis papulo-squameux lenticulaires, nummulaires ou en disques, qui tendent à se grouper ou à confluer en placards, uniques ou multiples, sans tendance à la symétrie.

« Les éléments typiques sont très nettement circonscrits et au début siègent en peau saine ; ils sont papuleux, fermes à la pression et font une saillie de 1 à 3 millimètres ; leur surface est plane avec parfois une dépression centrale, ou au contraire, un peu villeuse ou papillomateuse ; ils sont de teinte rose terne ou presque de la coloration de la peau, sans halo congestif à leur périphérie ; l'épiderme corné y est épaissi ; il n'y a que peu de sensations anormales, un léger prurit ou de la sensibilité.

« Suivant les moments on peut, au cours de leur évolution, voir les éléments devenir franchement hyperkératosiques, et se couvrir d'une carapace de squames cornées sèches ; ou bien les squames s'imbibent de sérosité qui se concrète en croûtes stratifiées ou rocheuses, jaunâtres, grises ou foncées. Quand les squames ou les croûtes sont enlevées, la surface rosée, humide et suintante qui est mise à nu, est lisse ou granuleuse, bourgeonnante ou même parsemée d'élevures papillomateuses ; mais elle ne persiste pas longtemps dans cet état et ne tarde pas à se recouvrir d'une couche d'hyperkératose ou d'une croûte qui s'épaissit assez rapidement.

« Cette affection est essentiellement chronique et progressive...

« La radiothérapie a été essayée dans plusieurs des cas sans aucun succès. Seule l'ablation ou la destruction totale des éléments parvient à en enrayer la marche.

« La transformation cancéreuse a de fait été observée deux fois sur cinq.

« Le problème du diagnostic se pose d'une part avec des dermatoses-papuleuses ou tuberculeuses, d'autre part avec des dermatoses rouges et squameuses ou croûteuses. Dans les cas observés jusqu'ici, on a pu songer au lichen-plan, au psoriasis, aux parakératoses psoriasiformes, aux kératoses séniles ou pré-séniles, au lupus érythémateux et surtout à des syphilides tertiaires tuberculeuses ou psoriasiformes circinées.

« Jusqu'à plus ample informé, le secours de la biopsie et de l'analyse histologique paraît indispensable pour établir avec certitude le diagnostic de dermatose de Bowen... » (Darier.)

et, si on le peut, les détruire préventivement pour supprimer la graine de cancer.

2° La multiplicité des plaques de cet état précancéreux explique la multiplicité des cancers chez un même malade : il est rare d'avoir un seul cancer cutané (fig. 136, 138); en même temps qu'un premier cancer, en évoluent d'autres. Plus souvent encore, les mois suivants, d'autres plaques de crasse sénile dégénèrent en néoplasie; il faut donc non seulement traiter la tumeur maligne, mais aussi toutes ces plaques encore bénignes, qui sont graines de cancer. On les détruira par les rayons X, par l'acide arsénieux, ou le galvanocautère.

3° Souvent des irritations mécaniques (frottement, grattage, etc.), physiques (soleil, rayons X, etc.), chimiques (irritation due à un traitement malencontreux, fumée de tabac, etc.) sont causes de la transformation des lésions précancéreuses en cancer; il faut donc éviter toute irritation de ces états précancéreux : pas le moindre grattage, et surtout pas d'action thérapeutique incomplète, car une destruction incomplète risque de donner un coup de fouet au cancer.

4° L'hérédité joue un rôle manifeste dans l'étiologie des cancers cutanés; il faut, par conséquent, redoubler de surveillance lorsque surviennent des états précancéreux chez des sujets qui ont une hérédité cancéreuse; le plus prudent est de détruire complètement la graine de cancer chez ces prédisposés.

*
* * *

ÉPITHÉLIOMAS

1^{er} groupe. — ÉPITHÉLIOMAS PAVIMENTEUX LOBULÉS A GLOBES CORNÉS OU SPINO-CELLULAIRES¹. — Ils peuvent siéger sur n'importe quel point du corps.

1^o Tantôt la néoplasie est dite : Épithéliome papillaire ou E. **végétant superficiel** ou épithéliome verruqueux ; cette variété est secondaire d'ordinaire à la crasse sénile, ce qui explique la fréquente multiplicité des foyers ; elle prend l'aspect d'une plaque végétante ou verruqueuse, rouge, souvent croûteuse, saillante, limitée par un bord en ourlet. Sur la peau, une sorte de croûte grisâtre, squameuse, plus ou moins noircie par les poussières, engaine souvent les saillies villeuses, mais sur les demi-muqueuses (lèvres, gland, etc.) et sur les muqueuses (conjonctives), la surface végétante est à nu, rouge, veloutée, brillante et suintante (E. papillaire nu). Le doigt qui palpe révèle un disque induré, mobile sur les plans profonds, et surtout il sent que le bord est induré « comme un fil de fer ». Lorsqu'on arrache la croûte ou que l'on gratte les papilles hypertrophiées, la lésion saigne facilement ; l'ulcération profonde est rare, et l'évolution est particulièrement lente, à moins que cette lésion ne verse dans les cancroïdes.

2^o Tantôt l'épithéliome revêtant la forme de **corne cutanée** est dit : épithéliome papillaire corné ; cette variété est née le plus souvent sur une « croûte séborrhéique sénile ». La

1. Ainsi appelés parce qu'ils sont formés de cellules *pavimenteuses*, et que ces cellules forment des *lobules* arrondis, centrés de *globes cornés* en bulbe d'oignon ; on les dit « spinocellulaires » parce que ces épithéliomas naissent des cellules de Malpighi de l'épiderme qui, on le sait, sont munies de nombreux prolongements cellulaires filamenteux ou *épines*.

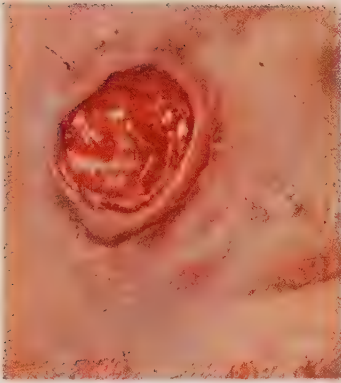


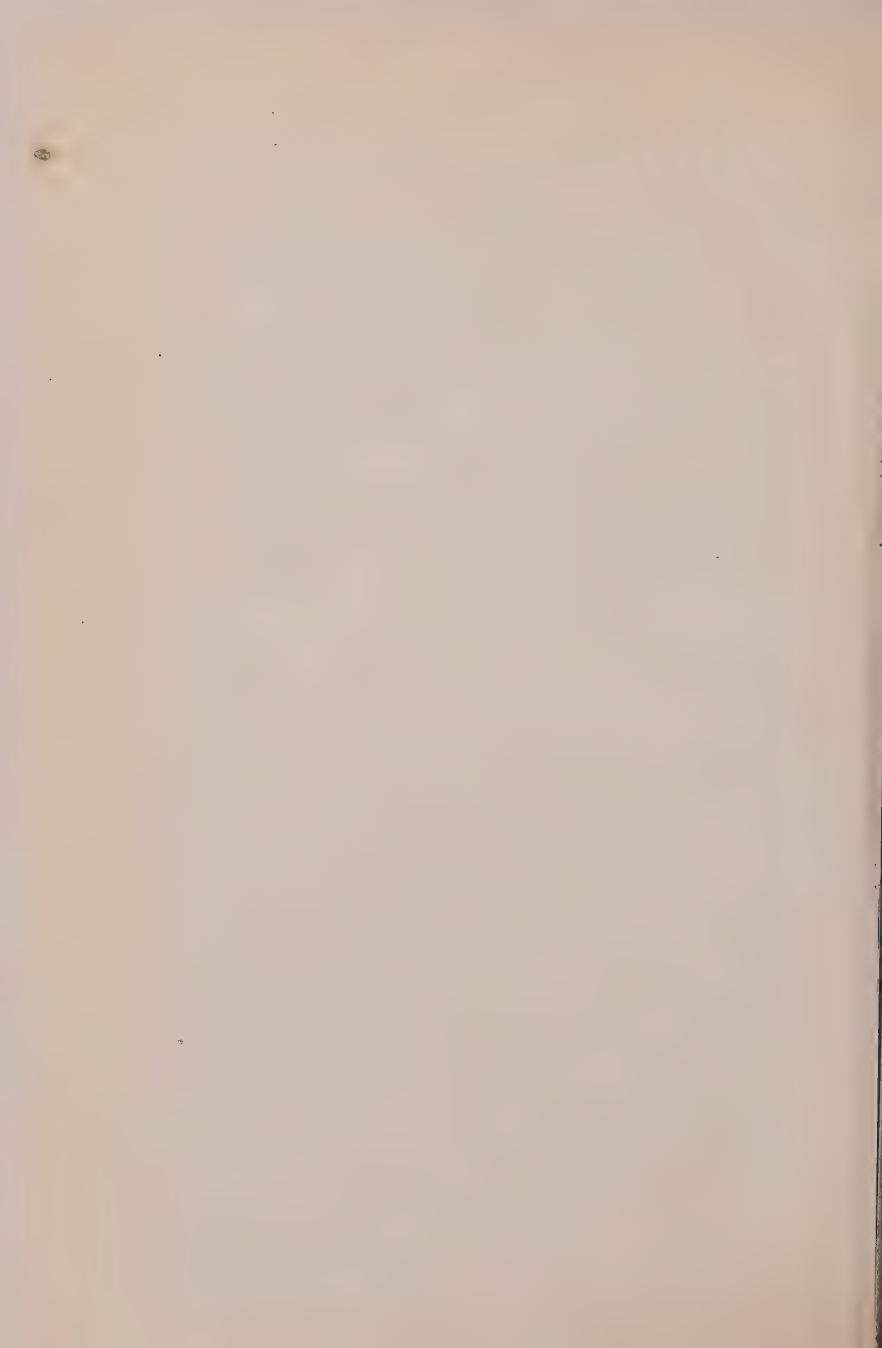
FIG. 133. — Epithélioma ulcéreux :
ulcus rodens. (*Voir page 640.*)



FIG. 134. — Epithélioma à forme
sclérodermique. (*Voir page 642.*)



FIG. 135. — Maladie de Paget : forme spéciale d'épithélioma du sein.
(*Voir page 641.*)



corne peut avoir tous les sièges, grandeurs, formes, etc. Quand on fait tomber la corne, on voit que la base est rouge, exulcérée, plus ou moins épithéliomateuse. Quoique ces cornes cutanées restent des lésions d'ordinaire bénignes, il importe de détruire la base par l'arsenic, le feu, le bistouri ou les rayons X, afin d'éteindre la graine de cancer :

3° Tantôt l'épithéliome est dit épithéliome profond, plongeant, infectant : c'est le **cancroïde vulgaire**, surtout fréquent près des orifices et sur les muqueuses. Sur les muqueuses, il commence presque toujours, sinon toujours, par une plaque de leucoplasie qui devient végétante. Sur la peau, il débute par une petite plaque dure, squameuse ou croûteuse, qui, peu à peu, s'étend, végète, rougit et s'ulcère. Tantôt (fig. 137) ce cancer forme une tumeur saillante, irrégulière, plus ou moins arrondie, plus ou moins grande, végétante, mamelonnée, rouge; les bords sont nets, éversés, surplombant souvent la peau saine; au centre, l'ulcération est constante, irrégulière, saignant au moindre contact; souvent elle est ou plutôt paraît peu profonde parce que les bourgeons végétants comblent l'ulcération (*variété végétante*, fig. 137). Souvent l'ulcération creuse malgré le bourgeonnement (*variété ulcéro-végétante*, voir fig. 137); ces bourgeons cancéreux sont d'une dureté ligneuse; on peut voir et exprimer des grains jaunâtres ou « vermiottes ». Tantôt le cancer se creuse : *variété ulcéreuse*, l'ulcération est arrondie, entourée d'un bourrelet cutané saillant éversé dur, les bords sont taillés à pic, durs, le fond est rougeâtre plus ou moins végétant, saignant facilement. La progression est relativement rapide, les ganglions sont pris de bonne heure, les douleurs sont souvent vives.

2° groupe : ÉPITHÉLIOMAS PAVIMENTEUX TUBULÉS OU BASO-CELLULAIRES¹. — Complication fréquente de la ké-

1. Ainsi appelés parce qu'ils sont formés de cellules pavimenteuses et que ces cellules forment des tubes pleins ou plutôt des

ratose sénile, ces épithéliomas siègent avec prédilection « sur les deux tiers supérieurs de la face, où les quatre cinquièmes des épithéliomas sont tubulés » (Darier). C'est parce qu'ils naissent sur des plaques de crasse sénile que ces épithéliomas sont souvent multiples (*Épithéliomatose multiple sénile* ou *kératose précancéreuse sénile* : fig. 138).

1° Tantôt la néoplasie est dite **E. plan cicatriciel** (fig. 136). Presque toujours secondaire à la crasse sénile, ce qui explique la fréquente multiplicité des lésions (fig. 136), cet épithélioma débute par une petite plaque saillante superficielle ressemblant à une verrue plane, indurée, torpide, qui demande plusieurs mois et même plusieurs années, pour atteindre quelques centimètres (fig. 138). La lésion est plus ou moins ovalaire, formant une plaque saillante à bords nettement arrêtés par un ourlet arrondi et mousse; le centre est recouvert de squames brun noirâtre, adhérentes, qui cachent un derme rouge saignant au moindre contact. En tendant la peau, on aperçoit sur le bord ourlé de petits grains saillants, blanchâtres, squameux, qui dessinent une sorte de collier de perles, d'où le nom ancien d'« **E. perlé** ».

Certains points peuvent s'ulcérer : au-dessous des croûtes, on découvre une ulcération peu profonde, irrégulière, suintante, rouge ou sanieuse, à fond plan ou granuleux, végétant, à bords entaillés, parfois éversés. En se concrétant, la sérosité sanieuse redonne, en quelques heures, une nouvelle croûte. Dureté et friabilité sont les caractéristiques de l'épithélioma : la curette effrite, frag-

travées. On les dit « basocellulaires » parce qu'ils naissent des cellules profondes de l'épiderme dites cellules *basales*, et c'est précisément pour cela que ces cellules n'évoluent pas vers le globe corné comme les cellules malpighiennes du groupe précédent.

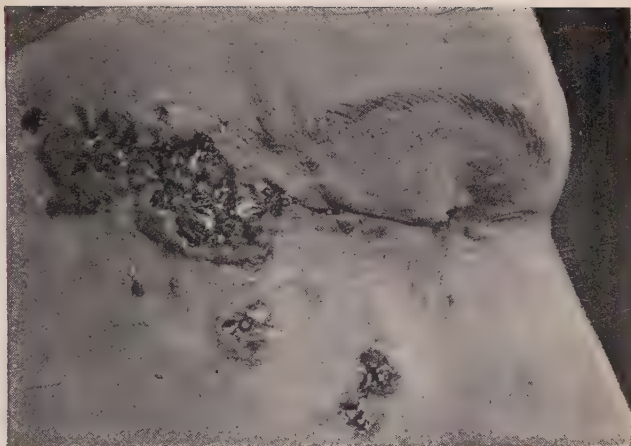


FIG. 136. — Epithéliome plan cicatriciel, en points multiples.
(Voir page 639).

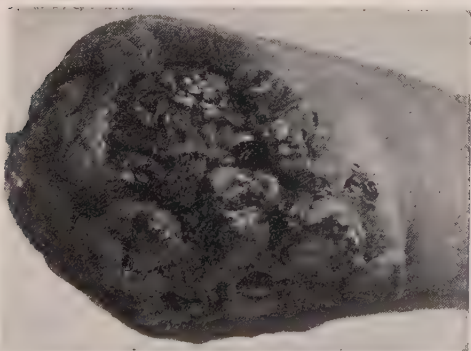


FIG. 137. — Cancroïde de la verge ulcéro-végétant.
(Voir page 638).

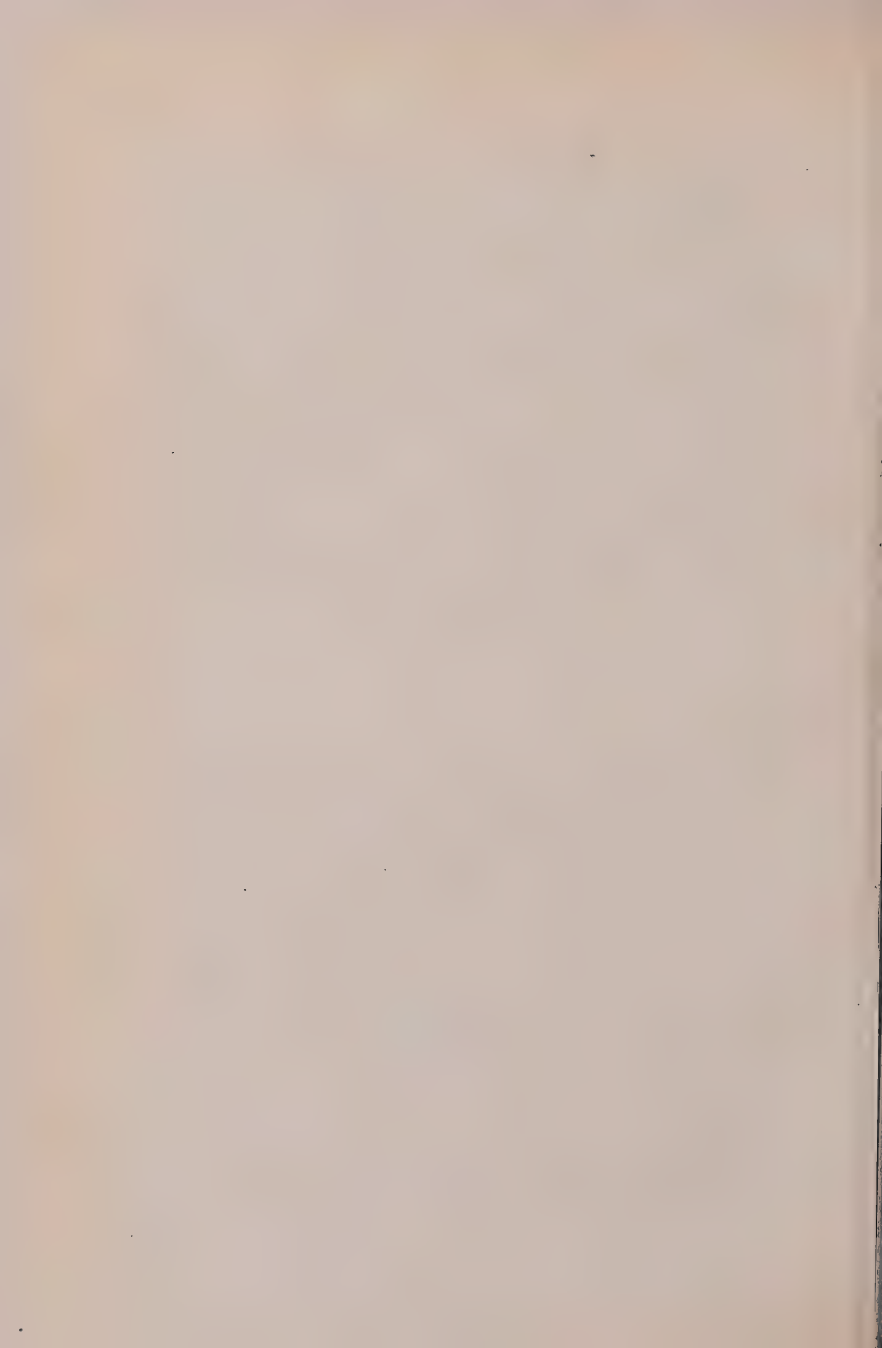




Fig. 138. — Epithéliomatose en points multiples de la face : 1^{er} degré, crasse sénile. — 2^e degré, plaques végétantes, cornes cutanées. — 3^e degré, épithélioma confluent à la paupière inférieure.
(Voir page 641).

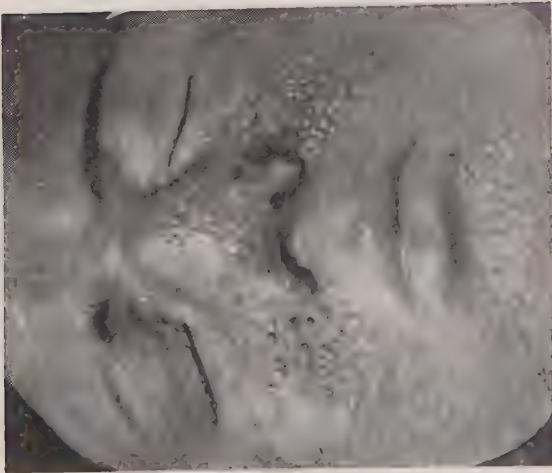
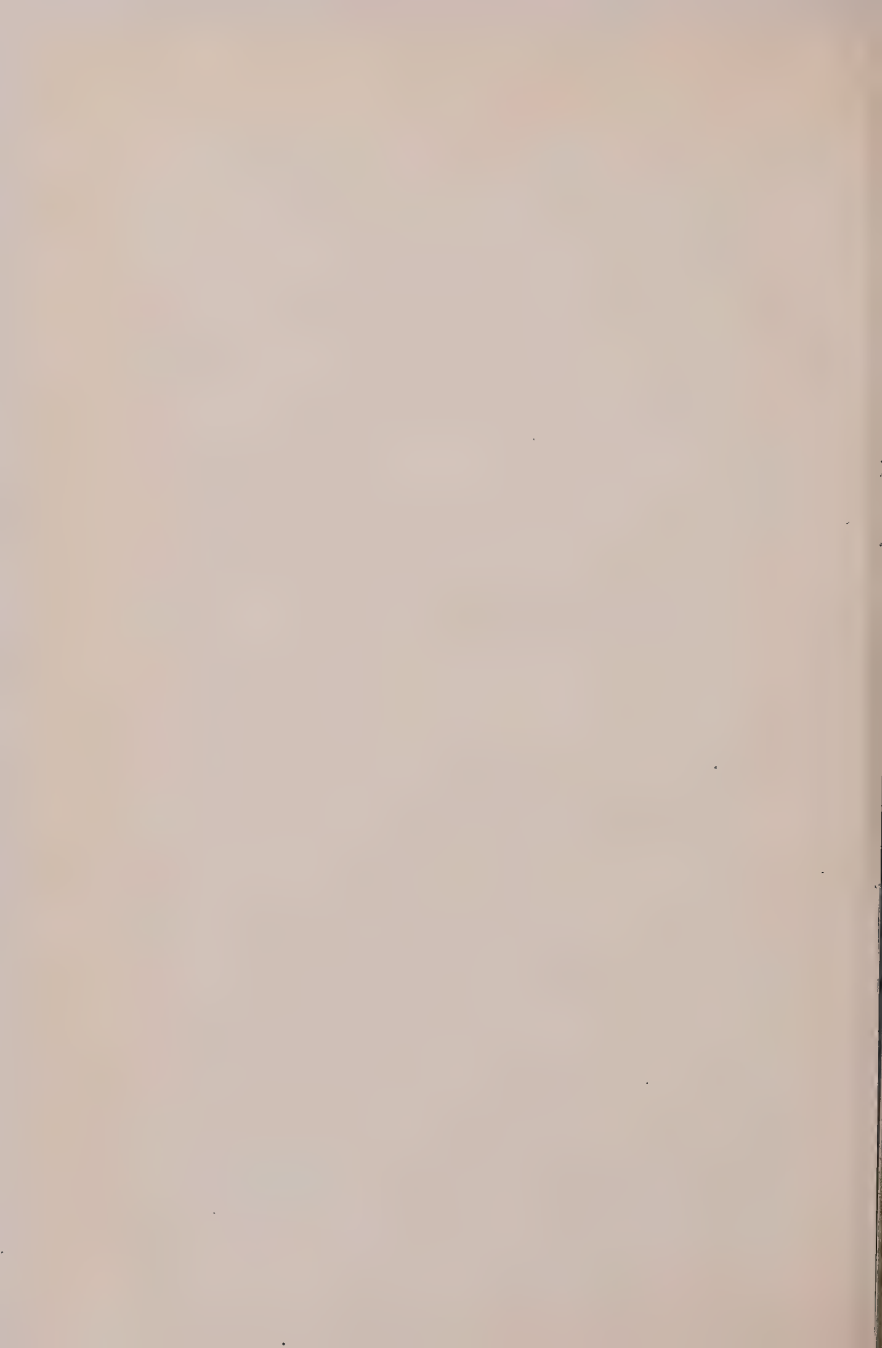


Fig. 139. — Adénome sébacé avec télangiectasie et kystes.
(Voir pages 643 et 645)



mente le tissu malade, alors que la peau saine résiste.

D'autres points se cicatrisent, donnant des cicatrices déprimées, d'un blanc mat, planes ou couturées de quelques brides, souvent rétractées, dures au toucher. Guérissant d'un côté, progressant sur d'autres points, cet épithélioma peut envahir, dans sa marche serpigneuse, une grande partie du visage.

L'évolution est lente, bénigne, dans la plupart des cas, car la tumeur ronge en surface, sans envahir les ganglions. L'envahissement local en profondeur et l'envahissement ganglionnaire, très grave, sont exceptionnels : forme mutilante grave de cet E. plan cicatriciel.

2° Tantôt l'épithélioma est dit *ulcus rodens*, parce que l'ulcération rongeante est le symptôme dominant (fig. 133). Dans sa forme bénigne, l'évolution est très lente, serpigneuse; l'ulcération creuse plus ou moins; son bord, taillé à pic, sans bourrelet perlé, est dur; son fond est rosé, jaunâtre, sec, sécrétant peu ou pas, la cicatrisation partielle n'est pas rare. Dans sa forme grave, dite *Épithélioma térébrant*, l'infiltration néoplasique et l'ulcération progressent en profondeur, plus qu'en surface; elles creusent des cratères suintants, à fond rouge granuleux, à bords indurés. Grave localement, puisqu'il détruit et mutilé, cet épithélioma évolue très lentement, sans envahir les ganglions, sans retentir sur l'état général.

3° Tantôt l'épithélioma revêt la forme de *cyndrome*¹. Les tumeurs multiples siègent surtout sur le cuir chevelu, sur le centre de la face, dans la bouche, etc., elles forment des nodosités plus ou moins grosses, hémisphériques, qui s'ulcèrent rarement. L'évolution est lente, relativement bénigne.

1. Ainsi appelé parce que les travées de cellules épithélioma-teuses, subissant la dégénérescence muqueuse et hyaline, contiennent des cylindres translucides.

3^e groupe : E. NÆVO-CELLULAIRES OU NÆVO-CARCINOMES ainsi appelés parce qu'ils dérivent des nævi et presque toujours des nævi pigmentés (**carcinome mélanique**, ancien mélano-sarcome cutané). Le nævus s'agrandit, formant une tache noire ou sépia foncée, arrondie, sessile, rarement pédiculée, dure, mobile sur les plans profonds. Il peut s'ulcérer. La marche est d'abord lente, puis devient rapide, très maligne : la tumeur s'étend (fig. 140), essaime des nodules noirs autour de la masse principale ; ces nodules inégaux, gros et petits, d'un noir foncé, forment des masses irrégulières bosselées caractéristiques (fig. 140) ; certains points s'ulcèrent, deviennent rouges, végétants, creusant plus ou moins autour des nodules noirs comme des grains de raisins. Bientôt le cancer envahit les ganglions, se généralise aux viscères et parfois au reste du tégument. Le sang contient des leucocytes mélanifères.

4^e groupe : FORMES SPÉCIALES. — Trois variétés méritent une mention spéciale :

1^o La maladie de Paget (fig. 135) débute presque toujours sur le mamelon, rarement en d'autres points cutanés, tantôt par une fissure rebelle, tantôt par une plaque rouge squameuse ou croûteuse, prurigineuse, que l'on diagnostique eczéma. Le derme est *rouge vif* très finement *grenu*, à *peine suintant* (1^{er} degré). Puis (2^e degré) la lésion s'étend, envahissant l'aréole et le mamelon, formant une plaque exulcérée (fig. 135) peu ou pas saillante, à contours arrondis, parfois polycycliques ; la surface est parfois d'un rouge sombre vernissé, nettement mamelonnée ou grenue, parfois légèrement papillomateuse ; le saignottement se produit facilement ; un suintement assez abondant de sérosité jaunâtre forme des croûtes. Les bords, nettement

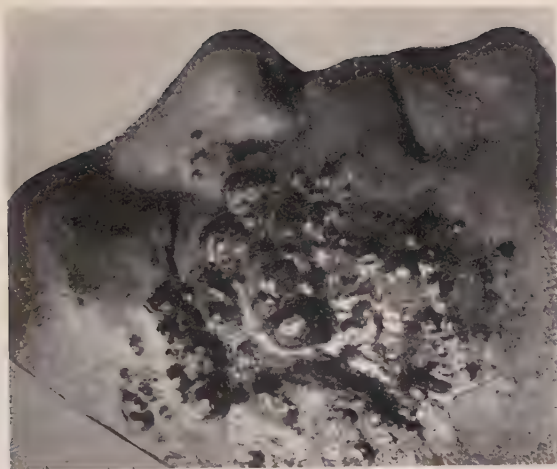


FIG. 140.
Cancer Melanique.
(Voir page 648).

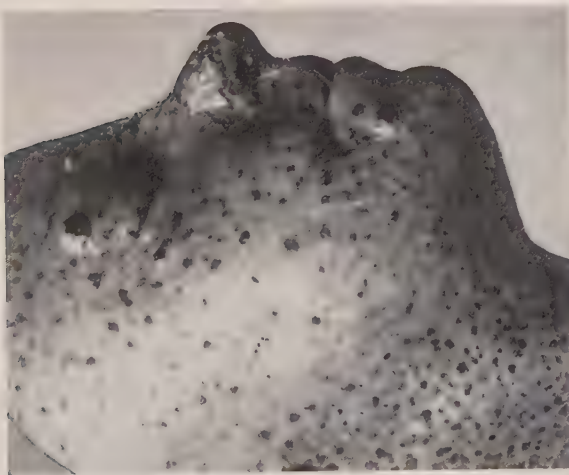


FIG. 141. — Xeroderma pigmentosum avec trois
points en dégénérescence épithélio-mateuse.
(Voir page 732).



arrêtés, sont un peu surélevés sur l'épiderme sain. Le doigt sent une infiltration papyracée. Le prurit et les douleurs sont très variables. L'évolution est lente, mais peu à peu l'épithélioma *rétracte le mamelon*, le détruit, ou l'ulcère; d'où l'aspect en deux zones de la lésion âgée (fig. 135) : au centre l'ulcération cancéreuse rouge ou rouge livide ou jaunâtre à bords polycycliques irréguliers et à la périphérie une large zone exulcérée rouge granitée. Le cancer cutané finit par envahir la glande en profondeur en deux à six ans. Cette extension étant insidieuse, il faut s'en défier et *enlever le sein entier*, car avec Gaucher j'ai vu la radiothérapie ne pas arrêter des métastases.

La forme arrondie et les contours souvent polycycliques, l'évolution lente et progressive, la rougeur vive et uniforme, l'aspect granuleux à tendance papillomateuse, la netteté et la surélévation des bords, l'infiltration papyracée, enfin l'examen microscopique des squames dégraissées dans l'alcool éther et montées dans la glycérine iodée, montrant des pseudo-coccidies cornées, permettront de faire le diagnostic avec l'eczéma.

2° Épithélioma à forme sclérodermique (fig. 134). — La néoplasie, d'évolution très lente, débute par une plaque saillante, blanche ou blanc jaune ivoire, lisse, tendue, indurée, analogue à une plaque de sclérodermie ou morphée et parfois entourée comme elle d'un anneau lilacé (v. p. 694); sa surface est parcourue par des capillaires rayonnés fins ou gros, et limitée par des bords nets en rempart. Le centre, sur une petite surface, peut s'exulcérer, devenir végétant et rouge; on a donc deux zones que représente la figure 134: — au centre une aire cancéreuse exulcérée rougeâtre plus ou moins végétante, — à la périphérie une couronne ivoirine d'aspect sclérodermique non ulcérée.

3° Épithélioma en nappe primitif des réseaux lymphatiques. La néoplasie incurable, rapidement mortelle, occupant presque tout le thorax, débute par des plaques rouges,

disséminées, perdues dans un œdème lardacé; sur le fond rouge, on voit de petites granulations de 1 à 3 millimètres, saillantes, ressemblant à des vésicules perlées, mais dures.

5^e groupe : CANCERS CUTANÉS SECONDAIRES MÉTASTATIQUES.

— Très rares, ces métastases succèdent le plus souvent à un cancer du sein, de l'œil, parfois de l'estomac; il faut se souvenir que les nodules cutanés peuvent apparaître plusieurs mois après l'ablation du cancer primitif, et bien qu'il n'y ait pas de récurrence apparente.

Tantôt les nodules sont isolés, rares ou nombreux, de 3 à 30 millimètres et davantage, dermiques et superficiels, ou hypodermiques et profonds; ils restent à l'état de noyaux durs torpides, ou bien ils grossissent, envahissent la peau qui rougit, s'anime et s'ulcère, donnant soit une petite ulcération cancéreuse (cancer pustuleux), soit une ulcération plus large, d'apparence gommeuse, bourgeonnante et fongueuse.

Tantôt les nodules confluent en nappes bosselées, mamelonnées, indurées : cancer en cuirasse de Velpeau.

DIAGNOSTIC. — Il est inutile de rappeler que le diagnostic doit être aussi précoce que possible.

Le diagnostic est à faire : — avec les nævi qui restent fixes (v. p. 730), — avec les verrues, — avec les tuberculoses ulcéreuses et lupiques, qui sont plus torpides, plus végétantes, moins indurées (v. p. 54 et fig. 77, 86), avec le lupus érythémateux qui a ses squames ponctuées et n'est pas bordé par un ourlet perlé, — avec les mycoses (p. 599) : sporotrichoses ulcéreuses dermiques de la face, qui sont ponctuées de petits abcès dermiques, et sporotrichoses végétantes (v. p. 594 et fig. 109, 114), exascoses (v. p. 604) etc.; mais le diagnostic est surtout à faire avec les *sypphilides* (v. *Traitement de la*

syphilis, p. 322) : parfois avec le chancre, rarement avec les syphilides secondaires, végétantes, presque toujours avec les gommès massives et les syphilides cutanées. Ce diagnostic est si important que, dans tous les cas, avant de pratiquer une grave opération, on doit tenter un traitement d'épreuve d'une vingtaine de jours : traitement mercuriel et arsenical, mais non ioduré.

Dans les cas douteux, la biopsie est nécessaire; il faut enlever, non pas un fragment superficiel petit, qui ne fournira que des renseignements discutables, et risque de donner un coup de fouet à la néoplasie, mais toute la lésion si possible, avec les plans profonds. Encore faut-il se souvenir que la biopsie peut, par exception, tromper un histologiste expérimenté : la tuberculose, la syphilis, d'autres infections sont, en effet, susceptibles de provoquer une prolifération épidermique, d'apparence épithéliomateuse, mais bénigne. J'ai vu plusieurs erreurs de ce genre dans le lupus tuberculeux, sur une syphilide tertiaire de la cuisse, sur la cicatrice exubérante d'un chancre mixte du doigt, sur un verrucome facial proche du clou de Biskra, etc.

TRAITEMENT

Le traitement doit être aussi précoce, et la destruction aussi complète que possible.

TRAITEMENT DE CHOIX. — Dans les épithéliomas *cutanés*, sans envahissement des plans profonds et des ganglions, le traitement de choix est la radiothérapie¹.

1. D'après M. Darier les épithéliomas pavimenteux spinocellulaires, surtout ceux des demi-muqueuses, sont réfractaires à la radiothérapie et même aggravés par elle, ils doivent donc être opérés d'emblée. Ledoux-Lebard estime que ces épithéliomas ne sont pas réfractaires, mais qu'ils sont plus rebelles à la radiothérapie. D'après M. Darier le nævo carcinome mélanique ne tire aucune utilité de la radiothérapie; c'est l'électrolyse qui guérit en pareil cas mieux encore que la chirurgie.

Ledoux-Lebard est d'avis de sidérer d'emblée la tumeur, c'est-à-dire d'employer la dose maxima supportable de la première séance.

Dans les épithéliomas naissants ou encore peu envahissants, il fait donc le même jour une dose de 5 à 8 H. de rayonnement peu pénétrant (filtre de 1^{mm}) et une dose au moins égale d'un rayonnement très pénétrant (filtre de 4^{mm}). Trois à quatre séances espacées de mois en mois suffisent généralement. (L'emploi du tube Coolidge présente des avantages considérables.)

Devant des épithéliomas graves, menaçants, saillants ou ulcérant profondément le derme et l'hypoderme, on cherchera à détruire la tumeur du premier coup, on usera donc de hautes doses, 15 à 30 H., en une seule séance avec des filtres d'aluminium épais de 3 à 4 millimètres (A. Broca et Ehrmann, Dubreuilh) ou la **radium-thérapie** soigneusement dosée¹.

On obtient par ces irradiations des guérisons merveilleuses, avec le minimum de douleurs et de cicatrice.

Si la tumeur est volumineuse ou rapidement croissante, si elle envahit en profondeur ou tuméfie les ganglions, s'il s'agit d'épithélioma des *demi-muqueuses*, il faut pratiquer d'abord l'ablation de la tumeur et des ganglions, suivant les règles ci-dessous (v. p. 654), puis irradier aussitôt les cicatrices. Pourtant nous avons vu un cas d'épithélioma envahissant de la jambe, adhérent au tibia et lésant un ganglion inguino-crural, guérir par la radiothérapie seule.

TRAITEMENTS DE REMPLACEMENT. — Si le médecin n'a

1. Par exemple, sans filtre de plomb et avec un simple filtre de papier et une lame de caoutchouc, la durée de l'application sera de 4 à 10 heures pour un appareil de 0,01 de sulfate de radium collé sur un carré de 25 millimètres de côté.

pas de radium ou de rayons X à sa disposition, il emploiera : — les caustiques chimiques dans les épithéliomas superficiels bénins ; — la destruction par le feu et l'ablation dans les épithéliomas graves, envahissants, d'évolution rapide.

— Les meilleurs **caustiques** sont : les arsenicaux, le chlorate de potasse ou de magnésie, la résorcine.

Procédé de Czerny-Trunczek. Si la couche cornée est épaisse, il est utile de dénuder la surface par un attouchement au thermocautère, plutôt qu'avec la curette ; on badigeonne ensuite avec :

Acide arsénieux	1 gr.
Eau	} à 50 gr.
Alcool à 90°	

(Agiter avant de s'en servir.)

On évapore avec une soufflerie, et on applique une deuxième couche, que l'on sèche de la même façon ; on laisse sans pansement ou on recouvre de quelques flocons d'ouate ; une croûte se forme, que l'on détache du 5^e au 9^e jour. Si la surface sous-jacente est blanche, la destruction est complète ; si elle est marbrée de gris et de rouge, il faut recommencer le badigeon d'acide arsénieux. On arrive ainsi à détruire, couche par couche, l'épithélioma avec le minimum de dégâts ; la douleur est rarement vive et serait calmée par une application d'orthoforme :

Oxyde de zinc	10 gr.
Orthoforme	10 gr.
Huile d'amande douce . . .	10 gr.
Baume du Pérou	X gouttes

[BARDET].

Méthode de Manec : On fait tomber les croûtes avec des pulvérisations ou pansements. Puis on fait une pâte molle

en délayant la poudre suivante, avec quelques gouttes d'eau :

Acide arsénieux	2 gr.
Sulfure de mercure.	6 gr.
Éponge calcinée	12 gr.

ou :

Acide arsénieux.	2 gr.
Oxyde rouge de mercure	6 gr.
Charbon animal.	2 gr.

On avive la surface de la néoplasie, avec quelques gouttes d'ammoniaque; on recouvre l'épithélioma avec une couche épaisse de la pâte et on applique par-dessus un morceau d'amadou en forme de godet. On laisse le caustique en permanence. Au bout de 8 à 24 jours, le tout se détache et la plaie ainsi formée se cicatrise rapidement.

— **L'exérèse** doit être complète, se faire, autant que possible, en deux temps, mais en une seule séance : tout d'abord détruire par le feu, au thermocautère, ou mieux avec l'air chaud, toute la masse néoplasique, puis enlever au bistouri le lambeau carbonisé et réunir par première intention (v. p. 526). Les curettages et raclages qui ouvrent les vaisseaux me semblent dangereux. Si le deuxième temps est difficile ou impossible, on se contente de la destruction ignée, en dépassant largement les limites du mal, et en détruisant profondément tout point suspect. Après badiageonnage à la stovaine, on panse, matin et soir, avec du chlorate de potasse ou de magnésie, finement pulvérisé, pendant les 4 premiers jours; les jours suivants, on recouvre avec des compresses trempées dans une solution concentrée de chlorate de potasse, recouvertes d'un imperméable. Au bout d'une dizaine de jours, on facilite la cicatrisation avec des poudres et pâtes : aristol à 20 p. 100, diiodoforme, sous-carbonate de fer, etc.

On peut, en même temps, faire ingérer 1 à 4 grammes de chlorate de potasse ou des silicates (v. p. 655).

TRAITEMENT DES CANCERS ÉTENDUS INOPÉRABLES. — Même dans les cas étendus, même si la radiothérapie semble ne plus suffire, le médecin doit lutter : le *radium* a pu sauver ou prolonger des cas désespérés. S'il n'en possède pas, le médecin luttera, ici, par le thermocautère qui détruit un bord envahissant, volatilise des bourgeons végétants ; là, par le chlorate de potasse ou le chlorate de magnésie en poudre, puis en solution à 4 p. 100, et en pommade à 20 p. 100, ou par les mélanges de :

Résorcine. 4 gr.
Solution aqueuse saturée de
chlorate de potasse . . . 40 cm³

et

Résorcine. 4 gr.
Chlorate de potasse . . . 5 gr.
Vaseline blonde. 20 gr.

En d'autres points, il usera des caustiques arsénieux de Czerny-Trunczek, et en continuant le traitement général, il arrivera à réprimer les progrès d'un cancer et à l'immobiliser pendant un temps appréciable.

On donnera à l'intérieur, trois paquets par jour de :

Silicate de potassium. }
Silicate de sodium. . } àà 0 gr. 05
Lactose 0 gr. 15
Pour un paquet n° 60.

ou pendant des mois, d'après Regnault, cinq jours sur dix (donc avec cinq jours d'arrêt) deux cachets par jour de :

Magnésie hydratée }
Silicate de magnésie } àà 0 gr. 25

On combattra la tendance cachectisante par le glycose en ingestion ou le sérum glycosé en injection.

Faute de mieux, si le cancer est récidivant ou inattaquable, on se contentera de badigeonner, tous les 2 ou 3 jours, les surfaces avec la teinture de tuya occidentalis; on pulvérisera deux fois par jour avec :

Teinture de tuya	5 à 25 gr.
Glycérine	40 gr.
Eau	85 à 65 gr.

et on fera prendre à l'intérieur en deux fois 20 à 60 gouttes de la même teinture.

*
* * *

SARCOMES

Les sarcomes, tumeurs de la série conjonctive, revêtent des aspects multiples :

— **Sarcome mou isolé** : grosse masse unique siégeant dans la profondeur de l'hypoderme, ce sarcome distend la peau, qui est parcourue de veinosités et bientôt la fait éclater; l'ulcération laisse apercevoir de gros bourgeons vasculaires, l'ensemble de la tumeur est mou, en raison des lacunes vasculaires; l'évolution est rapide, maligne.

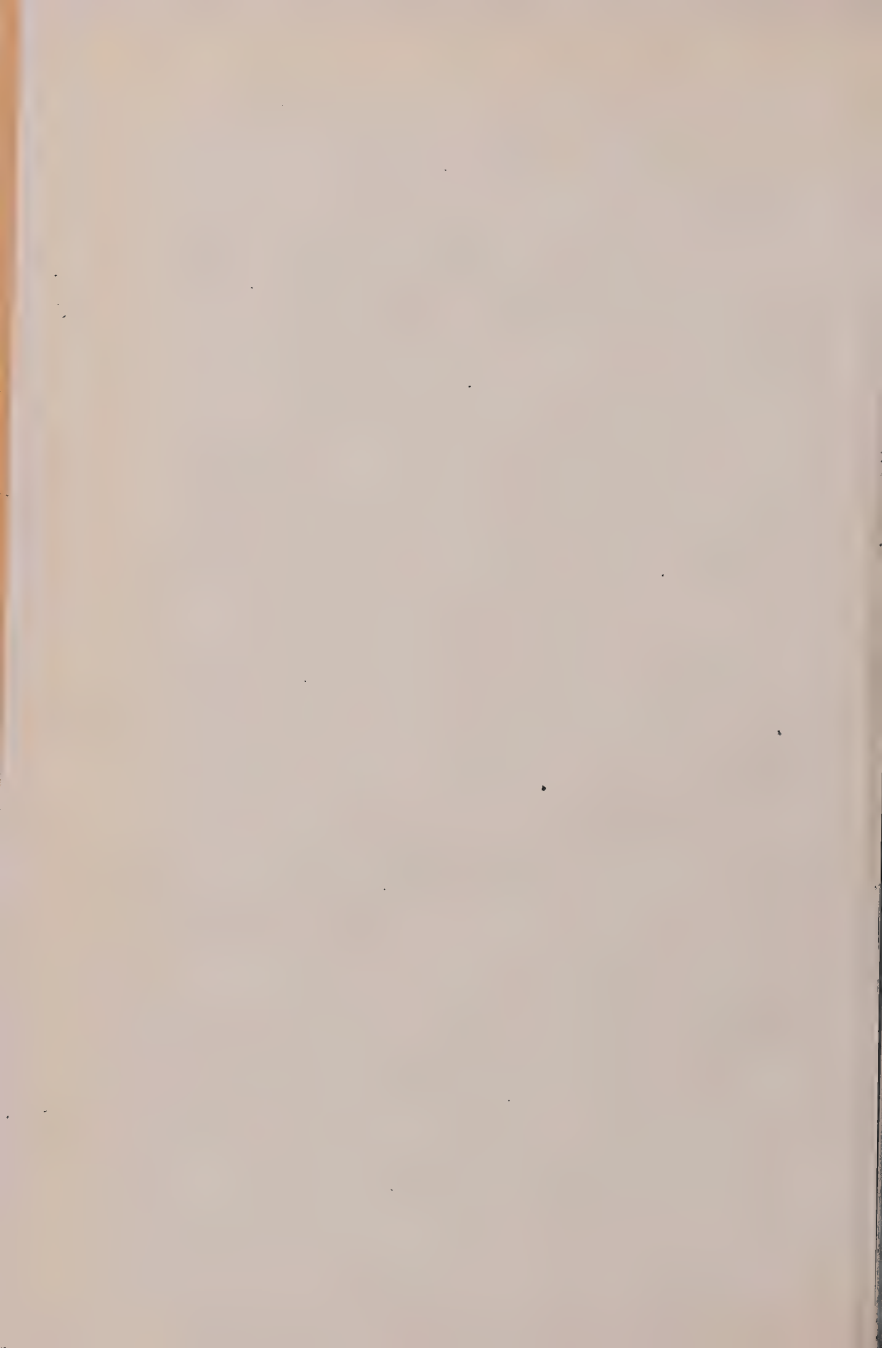
— **Sarcome dur isolé** : Ce sarcome, localisé à une seule région, surtout fréquent à la face et au creux inguinal, forme tantôt des nodosités bientôt confluentes (fig. 142), tantôt une masse diffuse. Les lésions infiltrant l'hypoderme et le derme, formant une cuirasse dure, hypodermique et dermique, soulevant la peau qui devient rouge ou rouge violacé, comprimant les vaisseaux lymphatiques sanguins et provoquant ainsi de l'œdème. Sur le malade de la figure 142 les lésions à la fois nodulaires et diffuses dé-



FIG. 142. — Sarcome cutané, nodulaire, dur, de la face. (Voir page 648).



FIG. 143. — Acrosarcome télangiectode pigmentaire multiple du pied. (Voir page 649).



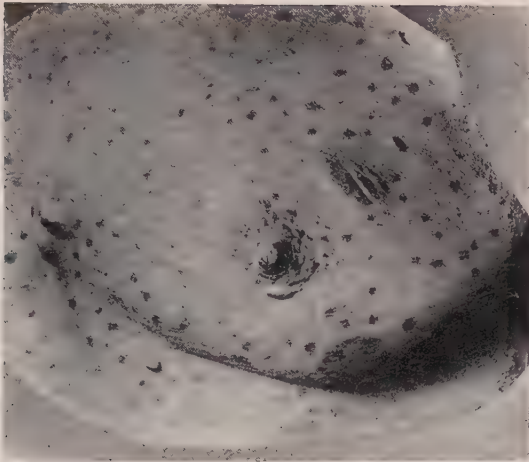


FIG. 144. — Neurofibromatose : Maladie de Recklinghausen : nodosités violacées et taches pigmentées. (Voir page 731).

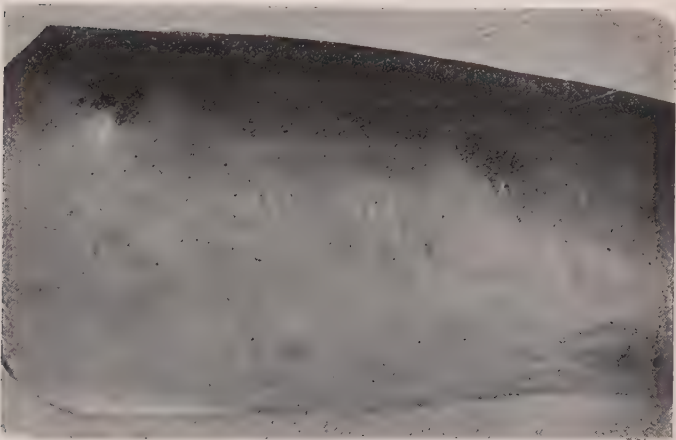
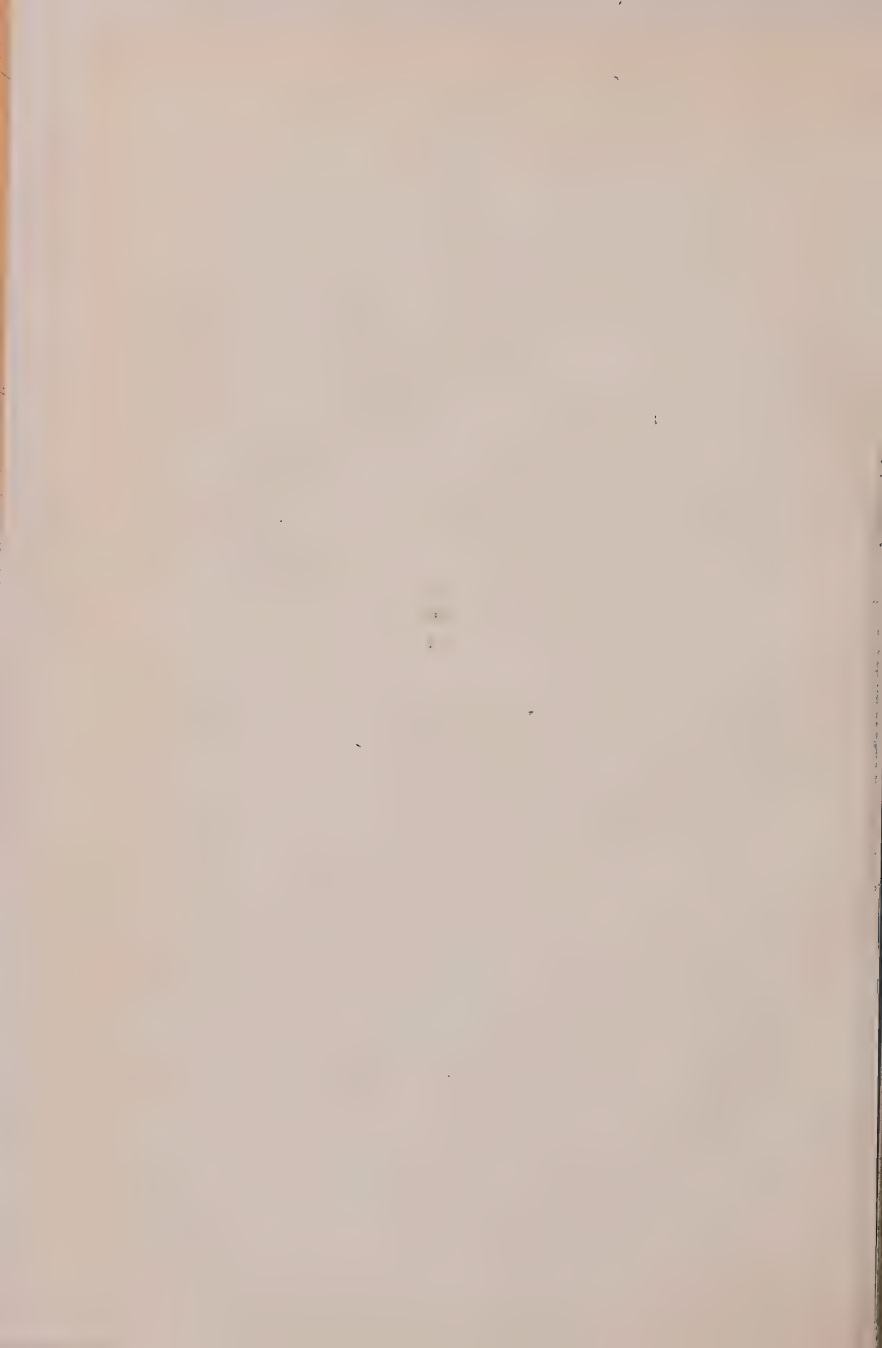


FIG. 145. — Sarcomatose cutanée nodulaire généralisée : nodules violacés hypodermo-dermiques. (Voir page 657).



forment toute la moitié droite de la face; les nodules, confluents et perdus dans un infiltrat diffus, bossèlent la peau de nodosités rouge violacé foncé et sont parcourues de capillaires sanguins dilatés; les bords sont diffus; la masse est d'une dureté ligneuse. L'évolution est relativement lente, mais la généralisation peut se faire sous forme de nodules disséminés localement autour de la tumeur-mère ou à distance.

— **Sarcome nodulaire irrégulièrement disséminé dermique** (fig. 145). Des nodules, petits de 3 à 10 millimètres ou gros de 50 à 100 millimètres, superficiels dermiques ou profonds hypodermodermiques, sont irrégulièrement disséminés, leur siège d'élection étant les membres, soit les jambes, soit la face dorsale des mains. Leur saillie est plus ou moins marquée, convexe ou papuleuse plane, leur teinte est rouge violacé foncé, plus rarement rose faible, leurs bords sont d'ordinaire assez nets: leur masse est indurée, parfois élastique.

— **Acrosarcome télangiectode (ou pigmentaire) multiple d'Unna-Kaposi** (fig. 143): ce sarcome très spécial, dermique, débute par les extrémités, pieds ou mains, d'où le nom d'acrosarcome. Les premières lésions sont: — tantôt des nodules arrondis *dermiques* de 2 à 10 millimètres, rouge brunâtre ou violacé bleuâtre, durs, — tantôt de l'œdème dur, diffus, douloureux, — tantôt des taches diffuses, brun-rougeâtre ou violacés bleuâtres. Les trois sortes de lésions peuvent, d'ailleurs, coexister dès le début: par exemple, les pieds sont œdématisés, maculés, et sur les taches rouges bleuâtres naissent des nodules.

Peu à peu les lésions envahissent les membres, symétriquement, des extrémités vers leur racine; les lésions sont donc plus marquées et plus anciennes aux extrémités: les pieds et les mains, les doigts et les orteils sont tuméfiés en masse par l'œdème, boudinés, bosselés de nodules hémisphériques, arrondis ou ovalaires, de 5 à 30 millimètres,

rouges, violacés, bleuâtres, rouge sombre ou rouge brunâtre. Ces nodules sont recouverts d'un épiderme lisse, tendu, qu'on ne peut plisser; ils sont durs et élastiques, ou mous; ils saignent abondamment lorsqu'on les pique; les douleurs sont inconstantes. La plupart restent sans s'ulcérer, d'autres se vésiculisent ou se fistulisent (fig. 143); d'autres s'ulcèrent.

L'évolution est lente, mais fatale, bien que certaines tumeurs puissent régresser spontanément; la mort survient au bout de deux à vingt ans.

— **Sarcome hypodermique nodulaire disséminé de Perrin.** Les lésions débutent en n'importe quel point du corps, puis se multiplient un peu partout en respectant les pieds et les mains; on compte 10, 20, 30 et jusqu'à plusieurs centaines de nodules, disséminés sans ordre, arrondis, de 5 à 50 millimètres, parfois davantage, mobiles sous la peau ou envahissant le derme et lui adhérent, teintant l'épiderme de rouge ou de rose violacé; ces nodules grandissent assez rapidement, restent d'ordinaire isolés, mais parfois s'agglomèrent en amas; l'ulcération est rare. Les douleurs sont modérées, inconstantes, l'évolution est extrêmement grave, tuant le malade en trois à quinze mois.

— **Sarcome lymphangiomateux hémorragique de Hallopeau et Jeanselme :** les tumeurs nodulaires sous-cutanées s'échelonnent le long des vaisseaux lymphatiques, s'ulcèrent, s'étendent ou parfois se cicatrisent.

— **Sarcomes secondaires à des sarcomes non-cutanés :** par exemple, sarcomes mélaniques métastatiques d'un sarcome de la choroïde; sarcomes nodulaires sous-cutanés, multiples, disséminés, secondaires à un sarcome des os, etc.

— **Lymphosarcome de Darier (fig. 146) :** cette tumeur s'observe à l'âge adulte, surtout au voisinage des orifices naturels : lèvres, narines, anus, vulve. « C'est d'abord un petit nodule lenticulaire intradermique, rose ou rouge sombre, qui s'étend en même temps qu'il prend plus



FIG. 146. — Lymphosarcome
de la lèvre inférieure.
(Voir page 658).

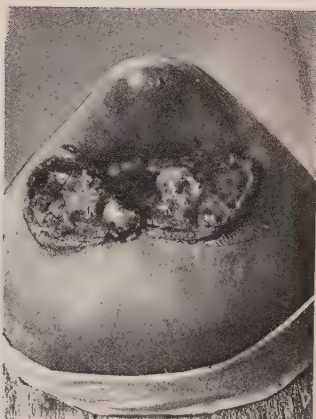


FIG. 147. — Lymphadénome primitif
ulcéreux de la lèvre inférieure.
(Voir page 659).

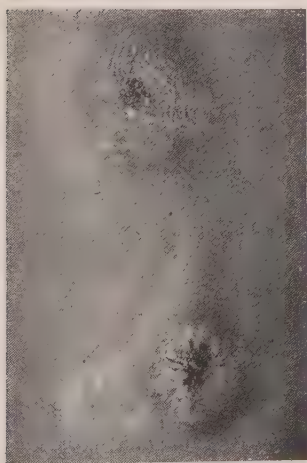


FIG. 148. — Lymphadénome nodulaire
primitif de la peau, papulosquameux.
(Voir page 659).

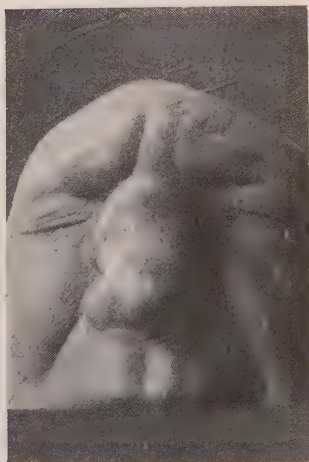
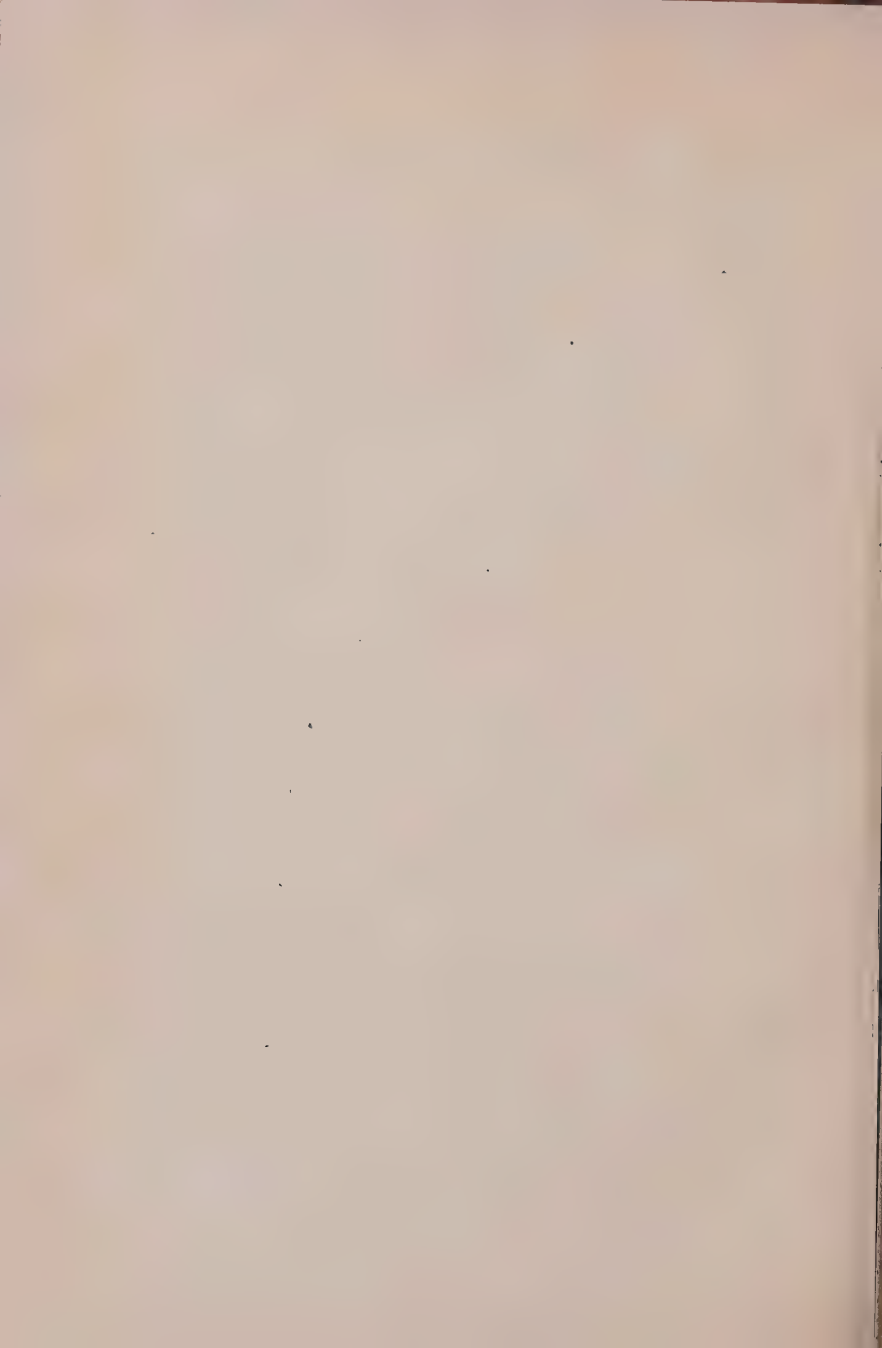


FIG. 149.
Lymphadénome diffus de la face.
(Voir page 659).



d'épaisseur, qui est ferme et parfois même d'une dureté cartilagineuse et bien limité sur ses bords. A cette première lésion, peuvent d'une façon précoce s'en adjoindre d'autres, puis tout un semis dans le voisinage. A mesure que le nodule initial grossit, l'épiderme se détache et tantôt l'érosion reste superficielle, rouge et lisse, tantôt se creuse d'une ulcération profonde qui fouille le néoplasme de cavernes anfractueuses (fig. 146). Un trait caractéristique du lymphosarcome, qui le distingue des sarcomes purs, est sa tendance à envahir les ganglions. » (Darier.)

— **Lymphadénomes** : ce groupe mal défini comprend des faits disparates ; — des *lymphadénomes ulcéreux* qui sont en réalité des tuberculoses infiltrées et ulcéreuses, telles que le cas personnel représenté pl. 56, fig. 147 (la lèvre est ulcérée, détruite, les bords sont rouge violacé, tantôt curvilignes, tantôt irréguliers, décollés ou adhérents ; le fond irrégulier est jaunâtre ou rouge blafard, lisse ou mamelonné ; le malade essaima des lésions semblables sur les membres et mourut de tuberculose pulmonaire pendant que le lymphadénome d'abord labial envahissait la face, la bouche, le pharynx. *Soc. Dermatol.*, février 1906) ; — des *nodules rouges, squameux ou non*, de nature inconnue, tels que le cas personnel de la pl. 56, fig. 148 (le malade présentait des nodules disséminés de 10 à 50 millimètres rouge violacé, papulo-squameux dont l'évolution resta bénigne. *Soc. Dermatol.*, mars 1906) ; — des *infiltrats diffus* rouge violacé. Tel le cas de la figure 149 : la face infiltrée est déformée, rouge violacé, la peau est tendue, luisante, parcourue de capillaires rouge vif dilatés, les pores glandulaires sont dilatés (comparez avec la fig. 142).

Le diagnostic est souvent difficile au début : dans la forme dermique, avec des papules syphilitiques, des nodules lépreux, des placards violacés tuberculeux (v. p. 551 et 559), des chéloïdes et fibromes... ; dans la forme hypodermique, avec

les gommes et infiltrats diffus syphilitiques, tuberculeux¹, sporotrichosiques (je viens d'observer deux erreurs de diagnostic de ce genre), avec les kystes sébacés, enflammés, scléreux ou ulcérés, avec les nodosités rhumatismales et « tubercules » sous-cutanés profonds, avec les névromes, lipomes, fibromes, la maladie de Recklinghausen, les cysticerques hypodermiques qui ne rougissent pas la peau et donnent à la ponction un liquide transparent, incolore, etc. Mais la plupart de ces lésions, en dehors de leurs particularités propres, ont ce caractère commun d'être bénignes : les unes n'ont pas de tendance à s'accroître ou n'augmentent que lentement, les autres au contraire ont une évolution plus aiguë, plus inflammatoire : pourtant certains phlegmons subaigus ont pu être confondus avec un sarcome et inversement.

Il n'y a pas à insister sur le diagnostic de mycosis fongöide ou d'épithélioma, puisque ce sont des tumeurs malignes de même pronostic, relevant de la même thérapeutique.

Dans le doute il faut faire un traitement antisypilitique d'épreuve, puis enlever *en totalité* une lésion afin d'en pratiquer l'examen histologique : sauf le cas d'une tumeur énorme, je répudie la biopsie partielle.

TRAITEMENT. — Le traitement comprend trois procédés qu'il faut autant que possible associer : 1° ablation totale complète avec la même technique que pour l'épithélioma (v. p. 654); 2° radiumthérapie; 3° quinine et médication arsenicale à hautes doses : liqueur de Fowler en injections, 4, 6, 8 gouttes et au delà, etc.

L'opération est la méthode théoriquement la meilleure,

1. Les « sarcoïdes » ont été justement individualisés par ressemblance avec des sarcomes, leur structure est folliculaire dans le cas de tuberculoses sarcoïdes (v. p. 536, note 1 et p. 558).

mais avant l'intervention, il sera utile de faire dans le sang la recherche des cellules néoplasiques, car cette constatation rendrait illusoire l'ablation. Pour ce, le médecin prélève 20 centimètres cubes de sang dans la veine et avant que le sang ait eu le temps de se coaguler, il le mélange avec 200 centimètres cubes d'alcool au tiers et envoie le tout au laboratoire. On enlèvera largement la néoplasie au thermocautère; les uns réunissent par première intention après avoir cruenté la plaie carbonisée, les autres « fulgurent » et laissent sans réunir (Gaucher).

Le radium doit être immédiatement introduit dans la plaie d'ablation même lorsque celle-ci paraît complète, puis l'on fera sur la cicatrice des séances de sûreté. Lorsque l'ablation est impossible, les tubes de radium seront introduits dans la tumeur (Dominici) et on agira encore simultanément sur la peau par le procédé des feux croisés (Wickham et Degrais). Avec Degrais j'ai vu ainsi des sarcomes inopérables fondre et être jugulés pendant des années. Ledoux-Lebard préfère associer ce radium dans l'intérieur de la tumeur ou dans la plaie et les rayons X extérieurement¹.

*
* *

MYCOSIS FONGOÏDE

Ces néoplasies, de nature inconnue mais probablement infectieuse, ont le pronostic le plus grave; leurs formes cliniques, fort nombreuses, se rencontrent à tous les

1. Dans les sarcomes inopérables, W. B. Coley recommande les injections à doses faibles puis progressivement surveillées de « toxines mixtes de l'érysipèle et des bacillus prodigiosus. » (Voir *Presse médicale* 1918, n° 22, p. 204).

âges, même dans l'enfance : il faut les bien connaître pour les combattre dès le début et réserver le pronostic.

FORMES LARVÉES DE DÉBUT. ÉRUPTIONS PRÉMYCOSIQUES (fig. 153, 154). — Rien n'est plus variable et plus trompeur que le début de certains mycosis. Pendant des mois, des années, le mycosis peut revêtir l'aspect d'une éruption banale :

— prurit intense, diffus, continu et paroxystique, restant pur ou plus souvent se compliquant des éruptions suivantes :

— éruptions eczémateuses (fig. 154), lichénoïde, psoriasiforme, urticarienne (fig. 153), etc. Sur le malade de la figure 154, l'éruption est à la fois eczémateuse et lichénienne, les troubles trophiques des ongles sont intenses. Sur le malade de la fig. 153, la peau est érythémateuse et lichénisée, ainsi qu'en témoigne le quadrillage épidermique exagéré et sur ce fond d'éruption ancienne s'ajoute de l'urticaire bizarre, respectant certaines aires arrondies : on a donc un mélange extraordinaire qui doit éveiller l'attention.

— dermatite pustuleuse, rebelle, parfois bulleuse.

— plaques érythémateuses d'un rouge bleuâtre ou d'un rose fauve, à contours mal définis, squameuses ou non.

— érythèmes scarlatiniformes.

— érythrodermies plus ou moins généralisées avec épaissement lichénoïde de la peau et parfois tuméfaction des ganglions. Souvent le prémycosis prend l'aspect d'une dermatite exfoliatrice : la peau est rouge avec des placards plus foncés, violacés, formant des gros bourrelets, surtout près des plis articulaires ; mais, au contraire des dermatites exfoliatrices d'autre nature, les ongles sont indemnes, bien que polis par le grattage ; les poils et cheveux sont normaux, quoique raréfiés.

Le **diagnostic** est donc très difficile, pourtant certaines particularités étonnent le médecin : ce soi-disant eczéma



FIG. 150. — Mycosis fongoïde, tumeurs non ulcérées. (Voir page 655).

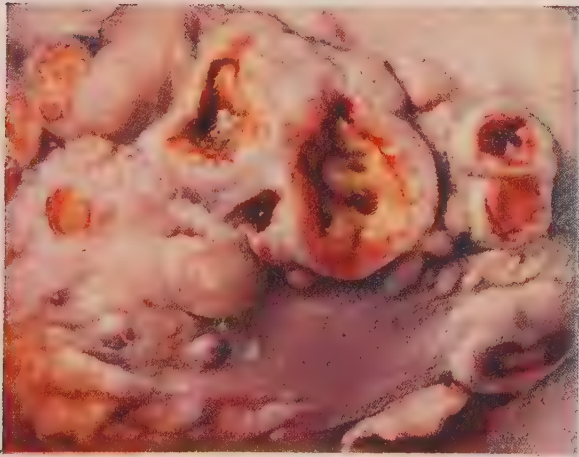


FIG. 151. — Mycosis fongoïde, tumeurs ulcérées. (Voir page 656).

est plus rouge, moins riche en vésicules, plus prurigineux qu'un eczéma vulgaire; les placards d'urticaire sont quadrillés, lichénisés, etc.; on trouve des îlots *bien limités de peau saine* au milieu d'une éruption diffuse (v. pl. 58, fig. 153); on est frappé par le mélange d'éruptions diverses; la peau est épaissie et les orifices sébacés sont dilatés; les ganglions sont tuméfiés; le prurit domine tout; en un mot, il y a quelque chose d'anormal qui doit éveiller l'attention.

Ces éruptions subissent des recrudescences irrégulières. Parfois elles sont mobiles et guérissent, mais pour récidiver. Peu à peu elles se fixent, la peau s'épaissit, se lichénise sous l'influence du grattage; elle est envahie *dans toute son épaisseur* et l'on voit apparaître sur les placards eczémateux lichénifiés ou sur la peau saine des *infiltrats œdémateux*, rouge brique, irréguliers, mamelonnés, rugueux, *glabres* d'ordinaire, donnant l'aspect de la peau d'orange. Ces plaques tantôt progressent, tantôt s'affaissent et se résorbent. Bientôt des tumeurs surgissent qui parfois par leur siège égarent le diagnostic : au doigt elles simulent un rhumatisme noueux, au prépuce un chancre syphilitique souvent phimotique.

Exceptionnellement ces éruptions prémonitoires font défaut : c'est le *mycosis à tumeur d'emblée* de Brocq.

FORME COMPLÈTE : LES TUMEURS (fig. 150, 151, 152). — A la période d'état il y a donc : ou des tumeurs sans éruptions diffuses, ou un *mélange de tumeurs et de l'une des éruptions précédentes*, surtout des lichénisations diffuses avec ou sans eczéma; *le prurit est constant, d'ordinaire intense, hors de proportion* avec l'état des lésions; en dehors du prurit, il *n'y a pas de douleurs*, au moins au début.

Les tumeurs sont des masses *dermiques* (fig. 150, 152) saillantes, petites ou grosses, rares ou nombreuses, lisses ou mamelonnées, arrondies ou ovalaires, hémisphériques,

isolées ou confluentes (fig. 152), dessinant parfois des figures polycycliques, un fer à cheval, etc. Leur teinte est d'un rouge vif ou rouge sombre violacé, mêlé souvent de brun, parfois de rose jaunâtre; parfois du sang les infiltre donnant des tumeurs noires (forme hémorragique, pl. 57, fig. 150 : la face du malade ressemble à celle d'un nègre lépreux). Leurs limites sont tantôt diffuses, surtout lorsqu'elles surviennent sur des placards d'une éruption antérieure, tantôt nettes, parfois même marquées par un sillon : suivant la comparaison classique on croirait une tomate implantée sur la peau. Leur consistance est ferme, charnue plutôt que dure. L'ensemble glisse sur les plans profonds. L'épiderme n'est pas anesthésique. Leur volume varie de 1 à 20 centimètres, il est d'ordinaire de 2 à 6 centimètres; par confluence elles arrivent à former des masses énormes déformant le visage (fig. 150), le thorax (fig. 152), etc.

En grossissant, souvent elles s'ulcèrent : tantôt l'épiderme s'érode, l'ulcération reste superficielle ou se creuse; tantôt la tumeur se ramollit en masse et se vide comme un abcès par une large ulcération ou par des pertuis en écumoire. L'ulcération (fig. 151) est profonde, irrégulière, anfractueuse, à bords déchiquetés, *épais*, infiltrés ou décollés, à fond sanieux grisâtre, ou jaunâtre, ou orangé, suintant, fétide, parfois rouge granuleux; la suppuration est souvent abondante. Ces ulcérations étant creusées dans une masse néoplasique saillante sont entourées de bourrelets épais, irréguliers qui en dedans sont taillés à pic.

La tumeur ulcérée persiste rebelle ou guérit. Le mycosis peut guérir au centre sans ulcération, tandis qu'il progresse sur les bords. Les cicatrices sont souvent souples, blanches ou pigmentées; parfois même les nodosités se résorbent sans laisser de cicatrice. Ces guérisons partielles (car le processus repullule ailleurs) et paradoxales sont un des signes différenciateurs du mycosis et des autres cancers :

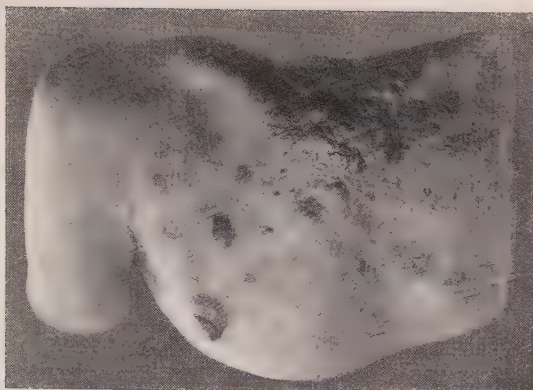


FIG. 152. — Mycosis fongoïde à forme hémorragique : tumeurs disséminées et confluentes formant une énorme masse sus-claviculaire. (Voir page 664).

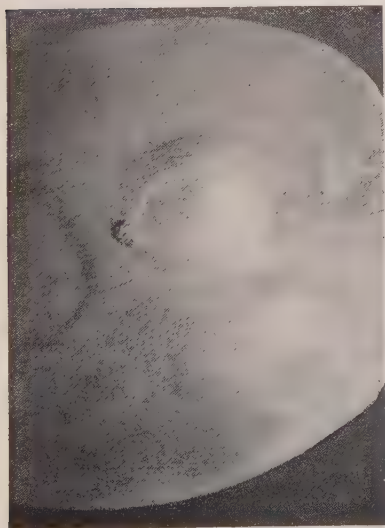
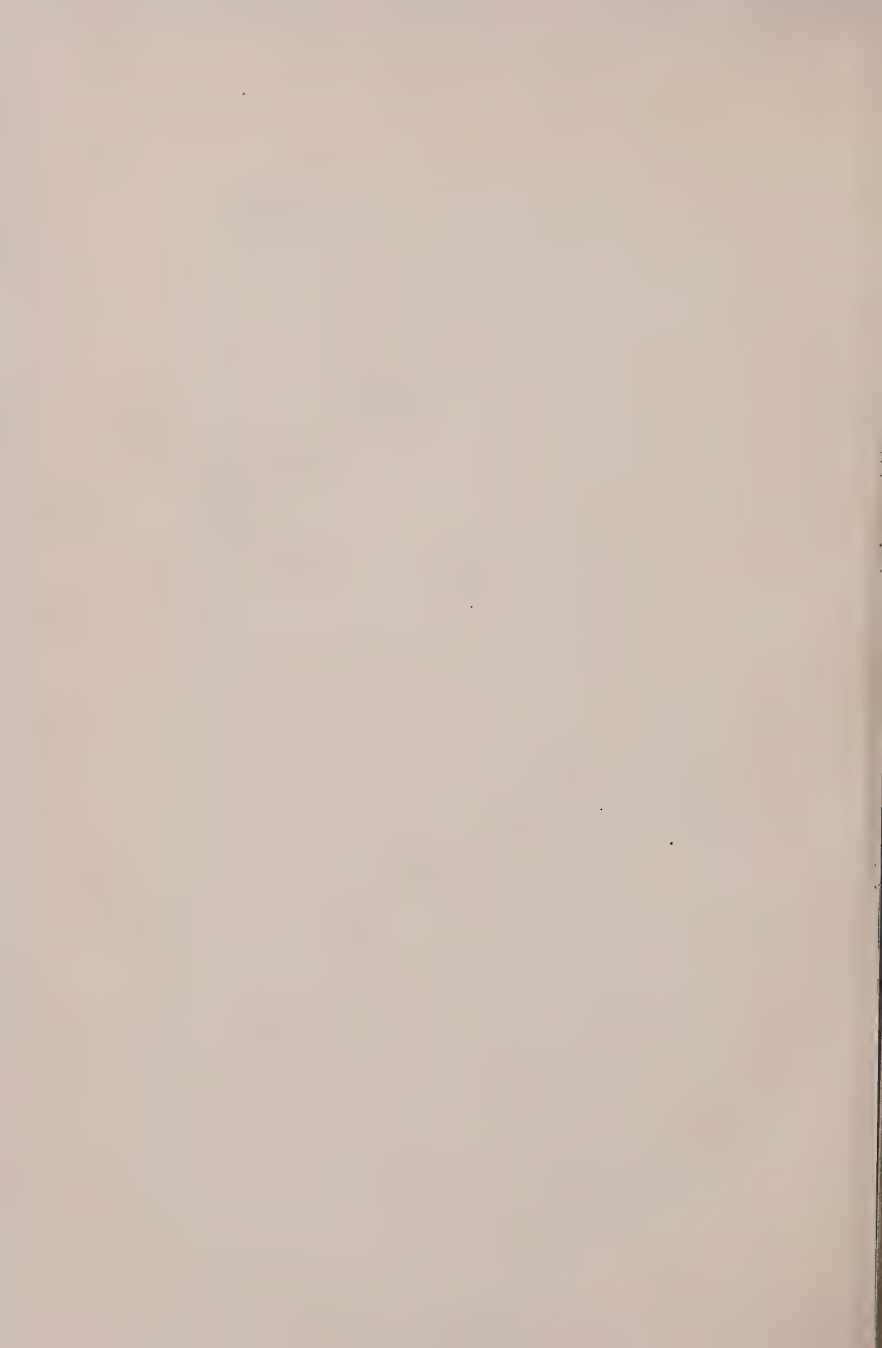


FIG. 153.
Éruption urticaire
et érythémateuse prémycosique.
(Voir page 662).



FIG. 154. — Éruption eczématoïde
et lichénisation prémycosique avec
lésions intenses des ongles. (Voir
page 662).



Bazin a vu une guérison de dix ans suivie de récidence.

L'évolution est fatale quoique souvent fort lente; elle procède par poussées successives, les tumeurs se multiplient, envahissant parfois jusqu'au larynx, yeux, os, rate, viscères. Le malade meurt cachectique. Exceptionnelle est la forme aiguë, qui ne dure que quelques mois.

On voit toutes les difficultés du **diagnostic**. Il faudra toujours penser à l'hypothèse d'un mycosis devant une éruption quelconque si elle est récidivante ou permanente, prurigineuse, rebelle aux traitements habituels, surtout si les ganglions se tuméfient. Dans le doute, on prélèvera du sérum pour faire le séro-diagnostic spécial (Gaucher, Brin et Joltrain), et l'on fera soit une biopsie d'une éruption prymycosique, soit l'ablation *totale* d'une nodosité : on enverra la pièce fixée dans l'alcool à fin d'examen histologique.

Le **traitement** est le même que celui des sarcomes : arsenic, radium ou plutôt radiothérapie (Ledoux-Lebard), ablation lorsqu'elle est possible ou destruction au thermocautère; enfin haute fréquence pour atténuer le prurit. On évitera d'irradier de grosses masses en peu de temps, car on a pu observer la mort par résorption toxique; mais avec de la patience on peut arriver à des résultats dans les cas les plus graves¹.

1. A défaut de radium, que tenter? Vidal essayait la pommade à l'acide pyrogallique à 5 à 10 p. 100 jusqu'à ulcération superficielle; on calme avec du liniment oléo-calcaire aristolé (Brocq) et on recommence s'il y a lieu.

Brocq recommande la pommade suivante, dont il faudra surveiller l'emploi pour prévenir l'intoxication pyrogallée :

Acide salicylique	1 gr.
Acide pyrogallique.	3 gr.
Goudron	} à 12 gr.
Sapolan	
Lanoline.	
Vaseline	

Tous les traitements symptomatiques devront être mis en œuvre : notamment les séances de 3 à 4 H de rayons X sur les éruptions prémycosiques; les effluves de haute fréquence sont, avec tous les antiprurigineux, un adjuvant indispensable pour soulager le malade (voir Traitement des prurits, p. 306). Les plaies seront lavées au coaltar, pansées avec le coaltar saponiné et cautérisées avec le naphthol camphré.

Si le malade semble guéri, on continuera l'arsenic et on fera par prudence des séances radiothérapiques de sûreté espacées au siège des anciennes tumeurs; on le surveillera attentivement pour essayer de détruire dès l'origine toute menace de récurrence ¹.

Brocq recommande les attouchements des ulcérations avec du *naphthol camphré* et des injections interstitielles prudentes et répétées de ce même corps dans les tumeurs.

H. Martin Roux a vu un cas « guérir » après injection de toxines solubles streptococciques.

1. Rappelons que les leucémies peuvent donner des éruptions diverses ressemblant au mycosis :

— Dermatoses d'aspect banal : prurit, prurigo, urticaire, eczéma, papules, papulo-pustules, etc. (leucémides d'Audry).

— Plaques rouges violacées infiltrées, petites ou grandes, pouvant atteindre le volume du poing (lymphadénie cutanée).

— Erythème exfoliant généralisé.

Le diagnostic est fait par la constatation de tuméfactions ganglionnaires et splénique, et confirmé par l'examen du sang.

Le traitement est celui des leucémies et des mycosis.

CHAPITRE XX

DERMITES ARTIFICIELLES DE CAUSE EXTERNE

- Grand nombre des irritants externes susceptibles de léser la peau et polymorphisme des lésions, p. 667. Traitement prophylactique et curatif. Rôle du terrain, nécessité de le soigner, p. 668.
- Dermites par agents divers, surtout chimiques*, p. 670 : irritations professionnelles, p. 670; éruptions médicamenteuses, p. 671; teintures, p. 672; parasites, p. 673; écoulements pathologiques, p. 673; traumatismes habituels, p. 673.
- Dermites par agents physiques*, p. 674; froidures, p. 674; engelures et leur traitement, p. 675; gerçures et crevasses, leur traitement, p. 676; brûlures, les nouveaux traitements, p. 677; coups de soleil et de lumière, p. 679 (Hydroa vacciniforme, Pellagre). Radiodermites aiguës et chroniques : leur évolution traitresse; les complications : douleurs, cancer, p. 681.

Le problème clinique est dominé par la notion d'un irritant externe qui lèse la peau; il importe donc non seulement de traiter la lésion existante, mais surtout de supprimer la cause pathogène. Le diagnostic est tantôt facile (engelures), tantôt très difficile, demandant une enquête systématique, surtout si le malade cherche à tromper le médecin (éruption par teinture de cheveux). On s'appuiera sur les commémoratifs et les renseignements professionnels, sur le siège exclusif des lésions aux régions irritées (coup de soleil etc.), la limitation de la

dermatose par un bord net, une configuration bizarre (dermite en chaussettes des teintures de chaussures); l'aspect clinique de certaines éruptions (dermite érysipéloïde des teintures de cheveux); la production rapide des lésions après application de la cause pathogène, etc.

Ces irritants sont multiples : — agents chimiques : professionnels, médicamenteux, teintures, parasites, écoulements pathologiques; — traumatismes habituels; — agents physiques : froidures, engelures, gerçures, brûlures, coup de soleil et de lumière, rayons X, etc.

Ils peuvent provoquer des lésions multiples : érythèmes avec ou sans œdème, avec ou sans prurit, urticaire, vésicobulle et ulcérations superficielles, ulcérations profondes et même gangrène. Les complications par infections secondaires sont fréquentes. Parfois les muqueuses sont atteintes : conjonctive, pituitaire et même le larynx.

Le **traitement**, qui varie presque avec chaque cas, s'inspirera des règles générales suivantes :

I. — Supprimer la cause : arrêter le travail d'un cimentier, porter des gants chauds contre les engelures, éviter le soleil dans les érythèmes actiniques, proscrire le médicament irritant, etc. Si l'on ne peut supprimer la cause, on en atténuera les effets : porter une voilette, des gants, dans le cas d'érythème solaire; travailler avec des gants de caoutchouc pour un photographe, etc.; graisser les mains avant de les plonger dans l'eau, pour une cuisinière, etc.

II. — Essayer d'enlever ce qui reste d'irritant à la surface de la peau. Suivant l'état du tégument, on usera des savonnages, des lotions, des onctions d'huile ou de vaseline, etc., mais d'ordinaire le corps nocif a été absorbé.

III. — Calmer l'irritation locale en s'inspirant de l'état local :

— lotions chaudes ou fraîches, pansements humides, cataplasmes, si l'œdème et les douleurs sont marqués ;

— lotion avec du coaltar, application d'une pâte à l'oxyde de zinc ou de poudres inertes (v. Eczéma, p. 185), en cas de rougeur ou d'érosion, sans grand œdème, sans sensation de brûlure.

— liniment oléo-calcaire, etc., en cas de vésicobulles (v. Traitement des dermatoses bulleuses, p. 265), ou d'érosion étendue de l'épiderme.

— lotions, pâtes et poudres antiprurigineuses, si les démangeaisons sont vives (v. Traitement des prurits, p. 306), en évitant les corps qui par eux-mêmes peuvent déterminer des dermites, tels que l'acide phénique, le chloral, le sublimé, etc.

— cautérisations, pommades mercurielles ou d'Alibour et parfois pansements humides avec de l'eau alcoolisée, si les lésions suppurent (v. Traitement des pyodermites, p. 389 et 393).

— Des lotions acides (acide borique) combattront un irritant alcalin, des lotions alcalines (eau de chaux; eau bicarbonatée) corrigeront un irritant acide, etc.

IV.—Favoriser la réparation épidermique par l'asepsie: lotion d'eau bouillie, pâtes ou poudres stérilisées.

V. — Enfin on se méfiera que souvent ces irritations n'ont pu produire des lésions que parce qu'un terrain prédisposé s'y prêtait ; il sera donc toujours nécessaire de pratiquer un examen général complet des malades et d'instituer un traitement en conséquence : par exemple, combattre la diathèse eczémateuse chez une blanchisseuse, la tendance prurigineuse chez un enfant atteint de

dermite banale après des bains alcalins, le diabète chez un homme souffrant de balanite, la métrite chez une femme atteinte d'érythème génito-crural, le scrofulo-lymphatisme chez un écolier perclus d'engelures, etc.

A ces règles générales, il nous faudra, chemin faisant, ajouter quelques traitements spéciaux.

*
* * *

DERMITES PAR AGENTS DIVERS, SURTOUT CHIMIQUES

Irritations professionnelles déterminées par les substances irritantes que manient les ouvriers. — Les professions les plus exposées sont :

— Blanchisseuses, cuisinières, plongeurs, cimentiers, épiciers, atteints sur les mains et les avant-bras de dermatites les plus souvent eczémateuses.

— Mégissiers, tanneurs et teinturiers en peau, qui présentent aux doigts et aux mains « le pigeonneau », ulcération d'ordinaire ovalaire, de 3 à 10 millimètres sur 2 à 6 millimètres, profonde de 2 à 4 millimètres, à bords taillés à pic, non décollés, à fond irrégulier, sanieux ou granuleux, entouré d'un bourrelet rouge ou rose de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, induré. La lésion est souvent recouverte d'une croûte noirâtre, la douleur est constante.

— Employés débitant de la vanille.

— Mineurs, porcelainiers, mouleurs, exposés aux poussières professionnelles.

— Mécaniciens et tourneurs, dont les vêtements sont souillés de pétrole, d'huile et d'essence.

— Ouvriers et ouvrières dévidant les cocons de vers à soie dans l'eau chaude (mal de bassine ou de vers), pelant

les oranges et citrons, travaillant la canne de Provence¹, le lin, la quinine; maniant le chlore (v. pl. 60, fig. 159, acné chlorique²), la cheddite, etc.

En un mot, tous les produits industriels ont pu déterminer des éruptions qui soulèvent la difficile question des accidents du travail.

Éruptions médicamenteuses dues à des applications locales. — Tous les corps et médicaments ont pu déterminer des éruptions : même le simple savon, même l'eau, si on ne prend pas soin de bien sécher l'épiderme.

Eau sédative, arnica, etc., déterminant de la rougeur et de l'œdème jusqu'à simuler un érysipèle, mais les lésions sont plus diffuses, le bourrelet et l'adénite érysipélateux font défaut.

Salol et autres irritants entrant dans la composition des *produits dentifrices* et dont il faudra toujours se méfier dans les éruptions des lèvres et des joues.

Iode donnant de l'érythème et jusqu'à des vésicules.

Thapsia, l'huile de croton, donnant des *folliculites suppurées* nécrosantes (v. p. 822).

Créosote, baume du Pérou, goudron déterminant de l'érythème et parfois des bulles.

Huile de cade provoquant de l'*acné cadique*.

Acide pyrogallique, chrysarobine et acide chrysophanique, déterminant un *érythème diffus*, souvent de teinte rouge violacé, autour des placards psoriasiques pâles (v. fig. 12 et p. 233).

1. L'érythème et le gonflement œdémateux atteignent non seulement les parties découvertes, mais souvent aussi le scrotum et les cuisses. Les lésions peuvent aller, dit-on, jusqu'aux vésicules, pustules, ulcération et même jusqu'à la gangrène, et déterminer du coryza, de la stomatite et même de la laryngite...

2. On voit sur cette figure un mélange d'acné comédon, de pustulettes, de vésicules, et de pustules avec parfois des bulles purulentes.

Emplâtre résineux, surtout s'il s'y ajoute du mercure (emplâtre de Vigo), donnant des plaques rouges tuméfiées.

Acide phénique, pouvant amener la *gangrène* d'un doigt, d'une zone cutanée et dont on méconnaît parfois la nature, tant il y a disproportion entre la cause et l'effet.

Lotions, pommades au dermatol, atropine, iodoforme, mercure, donnant des *érythèmes scarlatiniformes* (v. p. 455), surtout localisés au pubis et aux aines, parce que le malade a traité sa phtiriasis par l'onguent gris.

Antiseptiques donnant l'*Eczéma dit des chirurgiens*; bains alcalins, sulfureux, etc.

Teintures : Il faut toujours y penser, d'autant plus que les malades ne signalent pas ce fait ou même cherchent à le cacher.

Le paraphénylène-diamine, **teinture de cheveux**, détermine parfois, 6 à 24 heures après son application, une dermite diffuse rouge œdémateuse du cuir chevelu et souvent de toute la figure, qui simule un érysipèle ou un eczéma aigu, avec œdème marqué des paupières, etc., et en effet il s'y mélange fréquemment des vésicules eczémateuses et parfois même des bulles. Les sensations douloureuses de cuisson et de brûlure sont intenses.

L'évolution est courte, bénigne, mais les accidents récidivent à chaque nouvelle teinture.

Exceptionnellement, l'éruption s'aggrave et se généralise à d'autres régions du corps.

Au plus faible degré, le toxique ne provoque qu'un eczéma discret du cuir chevelu, du front, des oreilles, parfois des poignets et du prurit de la face.

Les étoffes, chaussettes, chaussures teintes, peuvent provoquer des accidents de même ordre, avec parfois intoxication générale.

Enfin on n'oubliera pas les :

PARASITES ET CONTACTS ANIMAUX : Larves, chenilles, méduses, fourmis, puces, araignée (fig. 244, p. 836), etc. (v. p. 427).

CONTACTS VÉGÉTAUX : Primevères, grande pâquerette, chrysanthème, etc. Très souvent méconnus, ces contacts provoquent nombre d'éruptions de la face et des mains au printemps, en été et en automne, surtout chez des citadins allant à la campagne.

PRODUITS PATHOLOGIQUES : Sécrétions sudorales, surtout dans les plis cutanés.

— Crasse sébacée, surtout dans le cuir chevelu.

— Urines infectées ou *diabétiques*, déterminant ou favorisant l'écllosion des balanites, etc., du prurit.

— Écoulements vaginaux donnant dans les fossettes génito-crurales et à la face interne des cuisses, des placards rouges, puis pigmentés, avec épaissement léger de l'épiderme et exagération des plis et quadrillages normaux, production de sillons et aspect brillant des facettes épidermiques, donnant autour de l'anus une espèce de cocarde périanale et souvent de l'intertrigo interfessier.

— Matières fécales provoquant, surtout chez les nourrissons, des dermites du siège et des membres inférieurs, (v. p. 779), etc.

TRAUMATISMES HABITUELS¹ dus au bandage herniaire, jarretières, corset, chaussures, etc., provoquant de la rougeur, puis à la longue, de la pigmentation, parfois de la lichénisation due au grattage (v. Prurit, p. 292); — pressions chez des cachectiques ou fébricitants, siégeant au sacrum, fesses, grand trochanter, talons, coudes, etc., et favorisés

1. Les *Intertrigos* ou dermites des plis cutanés favorisés par les frottements et transpirations chez les personnes obèses, malpropres ou âgées, sont le plus souvent des infections cutanées, comme l'a démontré Sabouraud (p. 399).

par les souillures urinaires et fécales, allant de l'érythème à l'escharre et à l'ulcération.

* * *

DERMITES PAR AGENTS PHYSIQUES

Le froid, la chaleur, le soleil, la lumière, les rayons X peuvent léser la peau.

FROIDURES, gelures, congélations, comportant tous les degrés : plaques blanches, puis rouge vif, œdème, phlyctènes, escharres, gangrène, et pouvant s'accompagner de névrites tenaces.

On sait l'importance qu'ont prise pendant la guerre les froidures des pieds : pieds des tranchées. Sur la froidure due au froid humide, et favorisée par l'immobilité et la striction de la jambe par les molletières, se greffent des infections diverses, les unes aiguës : tétanos, gangrènes, anaérobies, érysipèles, etc. ; les autres subaiguës chroniques : dermo-épidermites microbiennes streptococciques ou autres, récidivant parfois de longs mois après la froidure, ainsi que je l'ai démontré¹, des mycoses ainsi que l'ont prouvé Raymond et Parisot, etc.

Le réchauffement doit être *lentement* progressif.

Le traitement est le même que celui des brûlures : le nettoyage sera soigneux avec du savon boraté camphré et huile camphrée, on appliquera un pansement avec des mixtures paraffinées (voir page 678) ou le traitement des pyodermites (voir p. 389).

Par exemple : cocaïne, 1 gr. 25 ; menthol, 2 gr. 50 ; paraffine, 1 000 gr. (André Chalié.)

1. *Journal des praticiens*, 1918, n° 49, p. 289.

ENGELURES survenant surtout chez des scrofulo-lymphatiques. La forme habituelle est trop connue pour qu'on y insiste, mais on peut voir : — des localisations rares : nez, joues, talons, mollets, prépuce ; — des formes compliquées bulleuses, ulcéreuses, escharrotiques et même mutilantes ; — des variétés inaccoutumées : papules miliaires à peine saillantes ou papules plus volumineuses, rouge-violacé, assez dures, bulles, etc. (voir Tuberculose, p. 551).

Le **traitement des engelures** est souvent inefficace, ce qui explique la multitude des remèdes proposés :

1^o Séjour au lit dans les cas graves et bain chaud, très chaud, si on peut le supporter, dans une décoction de feuilles de noyer.

2^o Puis lotions à l'alcool iodé ou camphré, que l'on répètera en dehors des bains, — acide picrique 0,50 ; alcool et glycérine à 20, solution aqueuse de chlorhydrate d'ammoniaque à 10 p. 100 — ou alun et borax à 5 grammes ; eau de rose, 300 grammes ; — ou solution de nitrate d'argent à 0 gr. 60 p. 100 ; — ou tanin résorcine ichthyol à 2 grammes, glycérine 10 (Darier).

3^o Enfin poudrage dans le jour avec salicylate de bismuth, 10 ; amidon, 90 ; la nuit (et le jour si on peut), onction avec le glycéré tannique du Codex :

Glycérole d'amidon	50
Tanin à l'éther	0 gr. 50 à 5 gr.
(Parfum.	Q. s.)
(Poudrer par-dessus avec de l'amidon.)	

Si les lésions sont douloureuses et exulcérées, trois fois par jour, badigeonner avec le liniment oléo-calcaire opiacé du Codex, ou avec le liniment oléo-calcaire phéniqué à 0,50 p. 100 ; ou avec :

Glycérine pure.	30 gr.
Teinture d'iode dédoublée.	} à 1 gr.
Teinture d'opium.	

[MONIN]

Ou :

Camphre.	1 gr.
Extrait d'hamamélis.	1 gr.
Ichthyol.	5 gr.
Sapolan.	10 gr.
Oxyde de zinc.	} à 15 gr.
Talc.	
Huile	Q. s. pour une pâte molle.

4° Traitement du terrain scrofulo-lymphatique : huile de foie de morue, sirop iodotannique phospho-arsénié, iodure de fer (v. p. 531), frictions alcooliques, bains salés et saisons à Salies-de-Béarn, à la mer, etc.

5° Précautions prophylactiques : gants, bas de laine doublés de coton si la laine est irritante, etc. ; aguerissement progressif au froid, sans rester immobile, etc. Réchauffer après chaque sortie et surtout sécher s'il y a humidité.

GERÇURES ET CREVASSES des mains dues au froid et au savon, des lèvres et du nez entretenues par un coryza, du mamelon chez les nourrices, de l'anus, etc. Après avoir éliminé les syphilides et les pyodermes, on essaiera, outre le traitement prophylactique, les médications suivantes :

— 1° *Sur les mains* : Onction 3 fois par jour avec glycérine ou glycérolé d'amidon au tannin (v. p. 675) ou :

Eau de laitue	200 gr.
Glycérine pure	50 gr.
Baume du Pérou.	15 gr.
Salicylate de soude	4 gr.
	[MONIN]

Ou :

Eau de rose.	100
Tannin	0 gr. 50
Glycérine.	20 gr.
	[VIGIER]

Préventivement se laver au coaltar saponiné et enduire de :

Glycérolé d'amidon ou lanoline.	20 gr.
Eau	10 gr.
Vanilline.	Q. S.

— 2° *Sur les lèvres, nez, anus, etc.*, on appliquera, avec ou sans cautérisations au nitrate d'argent (v. p. 198), du cérat ou du baume du Commandeur, ou :

Beurre de cacao.	10 gr.
Huile de ricin	3 gr.
Extrait de cachou.	1 gr.
Huile de bouleau.	2 gouttes
Essence de badiane.	5 gouttes

[MONIN]

— 3° *Sur le sein* : le traitement palliatif protégera le mamelon par un collodion souvent mal supporté ou par un morceau de baudruche percée de petits trous et humectée d'eau sucrée, renouvelé à chaque tétée; laver à l'eau bouillie après chaque tétée, calmer la douleur avec la stovaine en solution ou en pommade (dans ces cas l'enlever soigneusement avant la tétée); panser avec une pâte à l'oxyde de zinc ou la mixture glycérine 50, eau de rose 20, tannin 1 (et voir ci-dessus les prescriptions employées pour les autres crevasses).

Mieux vaut tenter un traitement curatif, par exemple (Leriche) : cautériser après chaque tétée toutes les crevasses et, s'il le faut, tout le mamelon avec une solution aqueuse de bleu de méthylène à 3 p. 100, après avoir savonné au savon liquide, lavé et *asséché* soigneusement. Avant chaque tétée, on enlève l'excès de bleu avec le savon, le bleu qui reste n'a pas d'inconvénient; on ne donne le même sein que toutes les six heures. Si les crevasses sont anciennes, suppurées, ulcérées, on ne donne le même sein qu'une ou deux fois par 24 heures en conjurant l'engorgement laiteux par de larges pansements chauds de Néol au 1/10 renouvelés toutes les 3 heures et s'il le faut par l'expression manuelle.

BRULURES CALORIQUES de mécanismes très divers et provoquant des lésions de plus en plus graves : érythème, œdème.

vésicobulles, suivies d'ulcération souvent fibrineuse et parfois diphtéroïde, d'escharres.

Bien que leur traitement relève classiquement du chirurgien, il nous faut rappeler les méthodes anciennes de traitement des brûlures : bains à l'eau bouillie et même bain continu dans les brûlures généralisées; cautérisations avec l'acide picrique à 1 p. 100; pansements au liniment oléo-calcaire *aseptique* et ouaté, espacés si possible tous les deux jours. Il nous faut dire aussi quelques mots de méthodes nouvelles : les uns n'hésitent pas (sous anesthésie chloroformique s'il le faut) à désinfecter à la teinture d'iode, puis ils appliquent un pansement aseptique fait avec du liniment oléo-calcaire, ou avec du néol dilué, ou avec des huiles aromatiques (Pyroléol, etc.), ou avec du mastic dissous dans du benzol (= aseptofox, v. p. 97); les autres se contentent de ces pansements.

Les préférences actuelles depuis la guerre vont à : — l'huile goménolée avec pansement au taffetas chiffon (Alglave), — ou goudron 1 gr.; oxyde de zinc 10 gr.; vaseline 100 (Colin); — ou l'huile phéniquée à 4 p. 100 imbibant des feuillets d'ouate et préparée avec de l'acide phénique chimiquement pur cristallisé neigeux (Chandèze), — ou les mélanges paraffinés : ambrine de Barthe, de Sandfort ou produits analogues :

« Dès l'arrivée du malade, on soumet la région atteinte à un nettoyage minutieux avec de l'eau bouillie et du savon, en prenant soin de ne point enlever l'épiderme soulevé par les phlyctènes. Après séchage à l'air chaud, on badigeonne la brûlure ou la gelure, au moyen d'un pinceau stérilisé, avec le produit suivant, fondu préalablement au bain-marie et maintenu aussi chaud que le malade peut le supporter :

Naphtolate de soude	2 gr.
Essence de thym	} àà 3 —
— d'origan.	
— de géranium	
Vaseline pure	1 000 —
Paraffine fusible à 45-50°.	5 000 —

(Après fusion, répartir en pots de 125 grammes et stériliser 20 minutes à 120°.)

« La pellicule formée est recouverte d'une mince couche de coton hydrophile stérilisé, sur laquelle on fait une nouvelle application du produit de façon à obtenir un pansement parfaitement occlusif. Le tout est recouvert de coton cardé et fixé au moyen d'une bande de toile. Au début, le pansement doit être renouvelé chaque jour en ayant soin de laver la région malade par irrigation avec du sérum artificiel stérilisé et tiède. On sèche ensuite sans frotter avec une compresse de gaze. Dès que les phénomènes inflammatoires ont diminué d'intensité et que la plaie est en voie de guérison, il y a avantage à espacer les pansements. Lorsque l'épiderme est reformé, on cesse le traitement et on saupoudre la partie malade avec la préparation ci-après :

Camphre	20 gr.
Borate de soude.	200 —
Talc.	200 —

« Au cours du traitement, il ne faut pas se préoccuper du suintement quelquefois abondant et fétide de la plaie, ni du bourgeonnement parfois excessif. » (Rathery et Bauzil.)

COUP DE SOLEIL, COUP DE LUMIÈRE (sans soleil, par exemple sur la neige), COUP DE LUMIÈRE ÉLECTRIQUE, etc., donnant de l'érythème cuisant et œdémateux, puis desquamant, et à un degré de plus des bulles de brûlure. Mais la lumière solaire peut provoquer bien d'autres lésions chez des prédisposés : dyshidrose (v. p. 156) et eczéma dyshidroïque, eczéma érysipélateoïde, *hydroa-vacciniforme de Bazin*¹; éruptions

1. Cette éruption, rarissime, récidivante, survenant tous les ans, doit pourtant être connue pour éviter des erreurs de diagnostic et instituer un traitement prophylactique. Elle survient le soir même ou le lendemain de l'exposition au soleil sur les régions découvertes avec parfois accompagnement de malaise général, frissonnements; exceptionnellement elle peut s'étendre à des parties couvertes et même aux muqueuses. La peau cuite ou brûle et

récidivantes d'été et d'hiver très polymorphes et variables d'un individu à l'autre¹. Le traitement est celui des dermatoses irritables : bain d'eau tiède, liniment oléo-calcaire ou pâte à l'oxyde de zinc, etc. La prophylaxie pourra utiliser : hydroxyde d'aluminium (obtenu en précipitant par l'ammoniaque une solution d'alun saturée à froid et en lavant longuement le précipité) 15, huile 10, fluorure de calcium 0,25.

Toutes les brûlures chroniques (soleil, chaufferette, etc.), donnent des pigmentations (traitement, v. p. 726).

RADIODERMITES. Tantôt aiguë, et due à une dose massive trop forte, la radiodermite apparaît huit ou quinze jours

bientôt surviennent des bulles demi-transparentes de 3 à 8 millimètres auréolées de rouge, qui s'ombiliquent, puis jaunissent, deviennent pustuleuses, s'incrustent et se dessèchent rapidement, ou s'étendent jusqu'à atteindre 8 à 10 millimètres. La croûte cache une ulceration suintante assez profonde, la guérison survient en 8 à 15 jours laissant une cicatrice varioliforme et souvent des télangiectasies.

1. Faute de mieux, je rattache aux éruptions solaires la *pellagre*, bien qu'elle semble être une infection due pour les uns à un germe inconnu, pour les autres aux *aspergillus* et *penicillium* qui infectent le maïs moisi (?). La pellagre commence par des érythèmes d'abord intermittents et saisonniers, à bords diffus, apparaissant brusquement dans les régions découvertes et insolées, surtout à la face dorsale des mains; la peau est rouge sombre, œdématisée, tendue, chaude, brûlante parfois, tachetée de points purpuriques ou de bulles dans les cas intenses. Au bout de 10 à 20 jours, l'épiderme desquame et l'érythème s'efface, faisant place à des taches pigmentées; la peau est épaissie et pigmentée. Les poussées se répètent, l'érythème devient permanent. Enfin la peau s'atrophie, se sèche, s'amincit, se ride en même temps que la pigmentation augmente. Puis surviennent des troubles digestifs et nerveux graves : anorexie et vomissements, diarrhée, asthénie et vertiges, névralgie et même délire. Peu à peu le malade se cachectise et présente des troubles mentaux. On a signalé des lésions des muqueuses : « une stomatite diffuse avec élevures vésiculeuses, puis diphtéroïdes et une vulvite analogue ». Il faut tonifier les malades, leur éviter le contact du soleil; le reste du traitement est incertain et symptomatique.

après l'irradiation; elle donne une dermite rouge ou rouge violacé, tendue, œdématiée, très douloureuse, cuisante ou pulsatile; le traitement est celui des brûlures. A un degré de plus se forment des vésicules et phylloïdes. A un degré de plus, une escharre blanche ou noire apparaît donnant une ulcération superficielle ou profonde, torpide, suintante et bourgeonnante, très douloureuse, empêchant le sommeil et très lente à guérir, s'immobilisant parfois des mois et des années. La cicatrice spontanée, qu'il y ait eu ou non ulcération, a l'aspect bigarré ci-dessous décrit (fig. 155) : pigmentation, aires blanches atrophiques, télangiectasies, etc. Le seul traitement des ulcères roentgédiens chroniques est l'excision chirurgicale ou la *destruction* par le thermocautère ou mieux *par l'air chaud* (Vignat)¹; l'effet est merveilleux, ainsi que nous avons pu nous en assurer sur plusieurs malades : le soir même les malades dorment paisiblement, car les douleurs ont cessé, et l'ulcération jusque là rebelle se cicatrise rapidement comme une plaie ordinaire.

Tantôt une dose trop forte a provoqué une alopécie définitive et à un degré de plus (bien qu'il n'y ait pas eu d'ulcération) des télangiectasies, des taches pigmentaires, des placards blancs atrophiques, qui souvent n'apparaissent que de longs mois après le traitement. Ce mélange tout à fait caractéristique fait faire immédiatement le diagnostic : on se souviendra que ce tégument est très

1. Dans ces actes opératoires, on se méfiera que les lésions (escharres, etc.) peuvent s'étendre plusieurs semaines et même plusieurs mois après le début de la radiodermite; il est donc difficile de préciser la limite des lésions à enlever et on préviendra le malade de la possibilité d'une extension post-opératoire.

fragile, qu'il peut s'ulcérer au moindre frottement et sous l'influence des traitements les plus anodins, donnant des ulcères rebelles très douloureux.

Tantôt la radiodermite est *chronique*, se rencontrant presque uniquement chez les opérateurs¹ ou chez des malades traités par des séances répétées, par exemple des lupiques, des hypertrichosiques, etc. Après un premier stade de dermite rouge plus ou moins tuméfiée et squameuse analogue au coup de soleil chronique, lentement la peau (fig. 155) s'atrophie, s'amincit, reste rouge et plus ou moins squameuse; elle se marbre de télangiectasies, de macules pigmentées; certains segments blanchissent, prenant un aspect cicatriciel bien qu'il n'y ait pas eu d'ulcération. Souvent certains points épidermiques (fig. 156) s'épaississent, formant des « cailloux » incrustés dans l'épiderme. Les ongles sont profondément lésés, fendillés, douloureux, sales, squameux : sur la figure 156, les doigts sont comme atrophiés, la peau rouge est tendue, atrophiée (radionévrite) marbrée çà et là d'aires blanches cicatricielles; mais, surtout en plusieurs points, l'épiderme épaissi forme des placards grisâtres « caillouteux » crasseux comparables à la crasse des vieillards, pouvant subir la dégénérescence épithéliomateuse comme les papillomes séniles. Le **pronostic** est très réservé, la peau ne se répare jamais, elle reste très fragile, se crevassant, s'ulcérant au moindre contact (fig. 156 index) et les ulcéra-

1. L'exposition au soleil prolongée peut donner les mêmes lésions à la face et aux mains (lucites) et s'accompagner d'épithéliomatisation (Dubreuilh) : épithéliomatose des campagnards, épithéliomatose des gens de mer (Unna); c'est qu'en effet, la lumière solaire contient des rayons nocifs et identiques aux rayons X. Le tout ressemble au xeroderma pigmentosum (v. p. 732 et fig. 141).

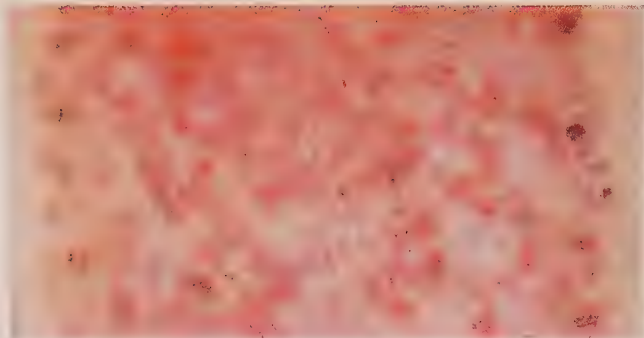


FIG. 155. — Radiodermite cicatricielle: mélange de taches pigmentées, d'airés atrophiques blanches et de capillaires rouges. (Voir page 672).

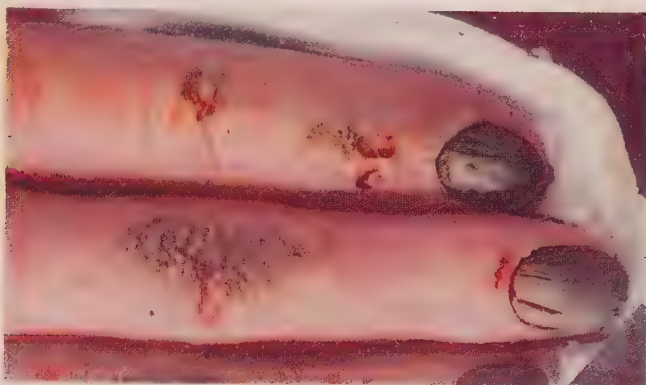


FIG. 156. — Radiodermite chronique professionnelle, peau rouge atrophiée, gloss skin par radionévrite « caillouteuse », fragile s'ulcérant facilement. (Voir page 672).

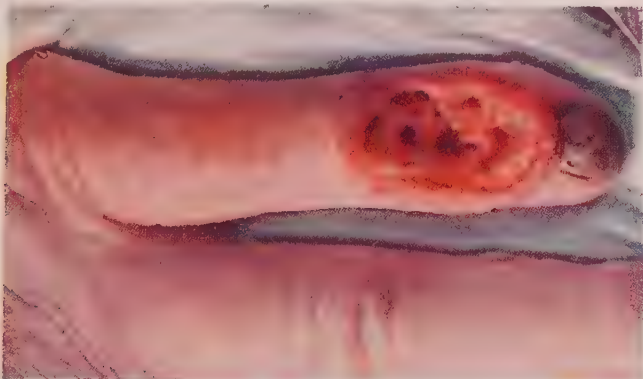
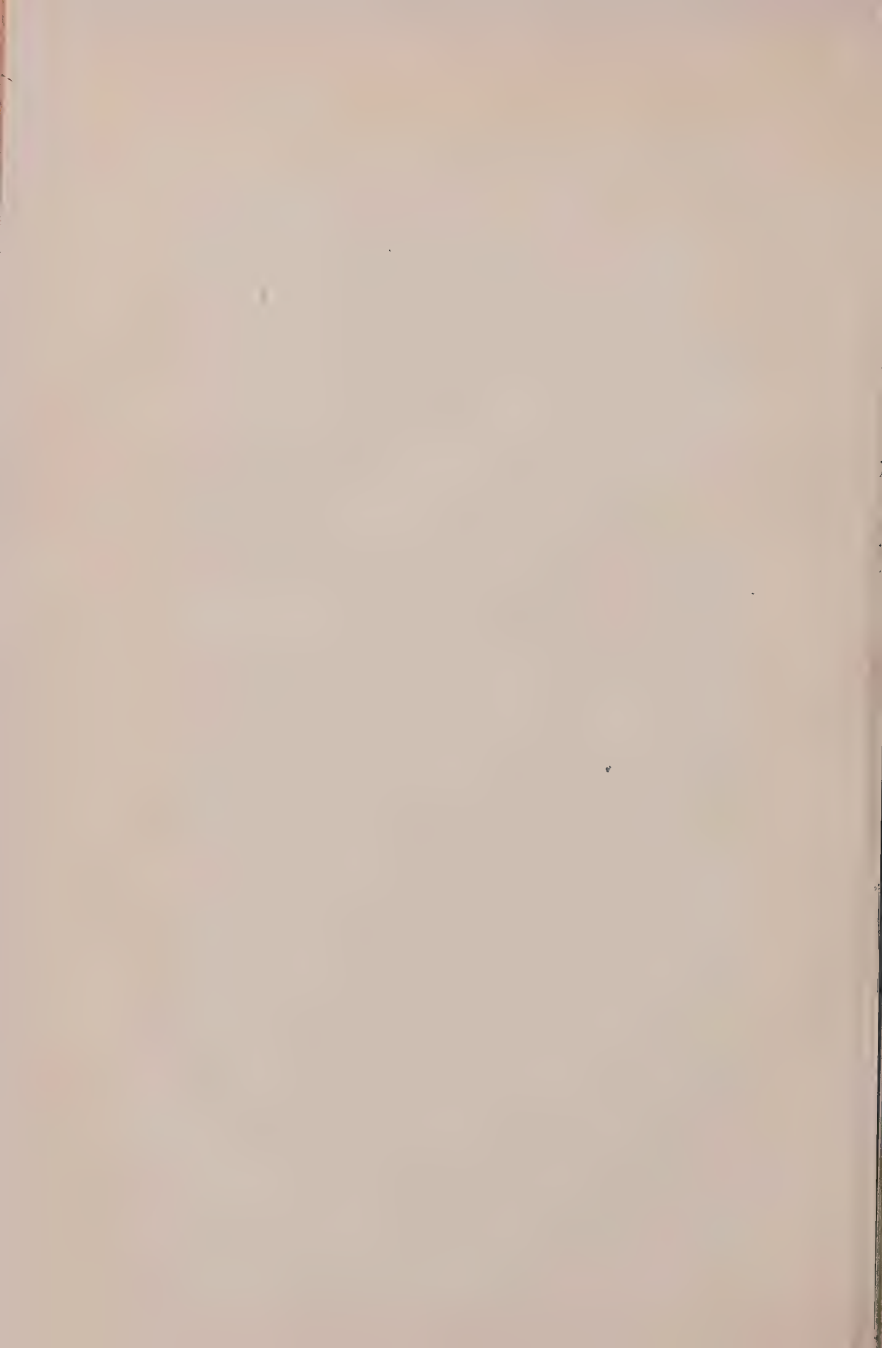


FIG. 157. — Radiodermite chronique professionnelle subissant la dégénérescence cancéreuse. (Voir page 673).



tions sont de véritables ulcères névritiques, très douloureux, très lents à se cicatriser ; souvent elles ne se cicatrisent pas et s'étendent lentement ; la lésion peut faire du malade un véritable infirme. Le traitement est purement palliatif : crème, pâte à l'oxyde de zinc, mélanges paraffinés (v. p. 678), etc.¹ ; les douleurs sont tenaces, dues à des radionévrites soupçonnées cliniquement par Gaucher et Lacapère et démontrées histologiquement par nous. Enfin les « cailloux » peuvent devenir un *cancer* et, histologiquement, nous avons pu, avec Dominici, suivre toute cette transformation (Pl. 59, fig. 157 : le malade de cette figure 157 est le même que celui de la figure 156, *Gazette des Hôp.*, 1906, n° 130, p. 1551 ; *Soc. Dermat.*, 2 mars 1911, p. 105). Le meilleur traitement de ces épithéliomas est la destruction ignée.

On se souviendra que les accidents radiothérapiques sont souvent traîtres par leur lenteur d'apparition : c'est quelques mois après la guérison parfaite d'une alopecie labiale que des télangiectasies disgracieuses apparaissent (Noiré, Jeanselme). C'est plusieurs années après la guérison d'un cancer que survient parfois une radiodermite ulcéreuse douloureuse et rebelle (Darier).

1. On a publié des améliorations avec les effluves de haute fréquence et les bains hydroélectriques.

CHAPITRE XXI

TOXICODERMIES DE CAUSE INTERNE

Importance des toxicodermies si fréquemment méconnues. Polymorphisme clinique. Règles générales de diagnostic et de traitement, p. 684.

Éruptions non caractéristiques : alimentaires, médicamenteuses, mercurielles, etc., p. 686.

Éruptions caractéristiques : antipyrïdes, iodurides, bromides, etc., p. 687.

Des corps nombreux introduits par ingestion : aliments, médicaments, etc., peuvent déterminer des éruptions. Le problème clinique est dominé par cette notion étiologique ; une recherche systématique permettra seule de poser un diagnostic exact, d'établir un pronostic favorable dans la plupart des cas et un traitement approprié.

Les **aspects cliniques** de ces éruptions toxiques sont multiples ; tantôt elles sont régies par le terrain du malade : des irritants différents provoquent chez un même malade de l'eczéma ou de l'urticaire par exemple. Tantôt elles sont spéciales à chaque médicament : l'antipyrïde bulleuse par exemple a un aspect caractéristique.

Les erreurs de diagnostic les plus invraisemblables ont été commises ; mais, quand on y pense systématiquement, le **diagnostic** devient facile, à moins que le malade veuille cacher la médication toxique : mercurielle, bromique, etc.

On s'appuiera sur :

— l'allure générale de l'éruption qui se rapproche des érythèmes infectieux, des érythèmes polymorphes et des purpuras, etc. ;

— le mélange de types éruptifs divers, par exemple, acné, papules, etc., dans l'iodisme ;

— parfois l'aspect spécial de l'éruption caractéristique de tel ou tel toxique (antipyridés, etc.) ;

— les symptômes associés d'intoxication : coryza, larmoiement, etc. ;

— les troubles gastro-intestinaux et nerveux, connexes ;

— la recherche du toxique dans les urines ;

— et surtout l'épreuve thérapeutique : la disparition des lésions après la suppression de la cause toxique et leur récurrence après la reprise du toxique. Toutefois il faut retenir que certaines iodures et bromures papuleuses, vésiculaires ou bulleuses, ne régressent que lentement après la suppression du médicament.

Le traitement sera :

1° *Prophylactique*, en supprimant l'intoxication afin d'éviter le retour d'accidents passagers récidivants ou d'enrayer la marche d'une intoxication chronique.

2° *Pathogénique*, en cherchant à éliminer le toxique par les méthodes de désintoxication employées dans l'eczéma et en donnant les antidotes de chaque poison (?) (v. p. 174).

3° *Symptomatique*, en appliquant à chaque symptôme une médication convenable, mais qui ne contrarie pas l'effort éliminateur de l'organisme ; en traitant notamment les éruptions par des médications spéciales à chaque variété éruptive.

4° Enfin ces éruptions n'apparaissent dans la plupart des cas que grâce à une prédisposition de l'organisme,

sorte d'anaphylaxie que l'on s'efforcera de combattre. En dehors de cette prédisposition mystérieuse, les troubles gastro-intestinaux et hépatiques, l'insuffisance rénale, le dysfonctionnement des glandes endocrines jouent souvent un rôle manifeste; il faudra donc essayer de modifier le terrain.

*
* * *

Éruptions non caractéristiques.

Ce sont des plaques érythémateuses, simples, c'est-à-dire non desquamantes, des papules, des nouures, des lésions papulo-vésiculeuses, bulleuses, urticariennes, papulo-pustuleuses, acnéiques, des érythèmes diffus, squameux, plus ou moins scarlatiniformes, des eczémas, prurits, etc. Dans chacune de ces séries on peut rencontrer *toutes* les variétés possibles (voir Érythèmes polymorphes, p. 469).

Les toxiques susceptibles de « porter à la peau » sont innombrables : — *tous les aliments* altérés : conserves, gibiers, fromages, etc., et certains aliments frais : poissons, crustacés, mollusques, fraises, œufs, charcuterie, etc.; — *tous les médicaments*, quel que soit le mode d'introduction : acide benzoïque et benzoates, borates et acide borique, acides phénique, azotique, salicylique et salicylates, aconit, amandes amères, antimoine, *antipyrine*, atropine et belladone, azotate d'argent, *balsamiques*, *bromures*, cannabis indica et haschich, cantharides, *chloral*, chlorate de potasse, digitale, douce amère, fer, goudron, huile de foie de morue, huile de ricin, iode et *iodures*, iodoforme, ipéca, jusquiame, *mercure* et ses sels (qui

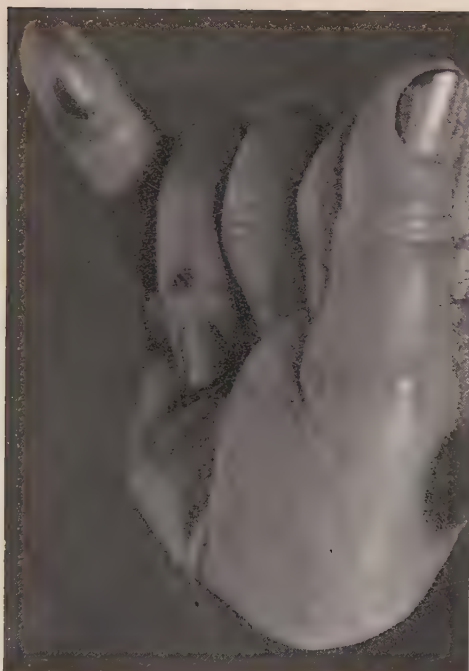


FIG. 158. — Toxicodermie : antipyrine bulleuse de l'auriculaire, antipyrine pigment de la face dorsale de la main et de l'annulaire. (Voir page 687).

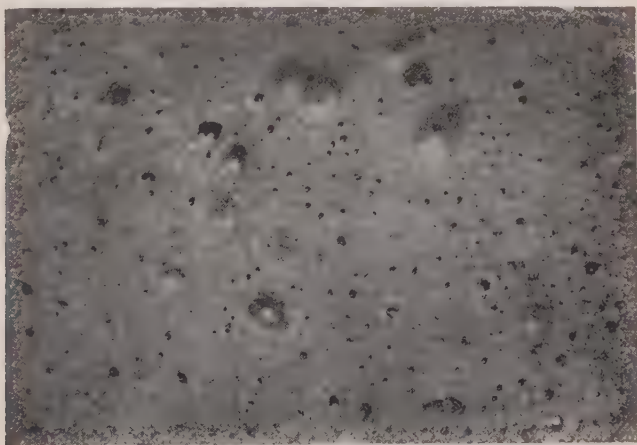


FIG. 159. — Acné chlorique du thorax. (Voir page 671).



donnent surtout des érythèmes diffus, plus ou moins scarlatiniformes, mais parfois des éruptions pustuleuses simulant la variole), noix vomique et strychnine, opium et morphine, phénacétine, phosphore, sels de plomb, quinine, santonine, *sérums* antitoxiques, antidiphthérique, etc., soufre et sulfure de calcium, stramonium, sulfonal, acétate de thallium (qui détermine de l'alopecie, sans rougeur, ni douleur), essence de térébenthine, etc.

De ces toxicodermies on doit rapprocher les éruptions au cours des **auto-intoxications** : insuffisance rénale et urémie, goutte, diabète, dyspepsie, insuffisance hépatique, etc., elles aussi revêtent les aspects les plus divers.

*
* *

Éruptions spéciales ou plus caractéristiques.

D'autres fois au contraire, un type éruptif fait soupçonner un médicament :

— *Antipyrine érythémato-bulleuse et pigmentée fixe* (fig. 158). Cette lésion est pathognomonique : elle siège en un point quelconque, surtout aux mains, lèvres, organes génitaux, bouche ; on compte un, deux éléments, rarement davantage ; mais on retrouve souvent les macules pigmentées de lésions antérieures. La lésion est arrondie, grande de 20 à 80 millimètres de diamètre, d'abord rouge bistre, un peu cuisante, mais non prurigineuse ; souvent survient une large bulle de même dimension. Qu'il y ait bulle ou non, la lésion régresse rapidement, laissant un disque pigmenté plus ou moins foncé. La pigmentation disparaît tantôt rapidement en

trois à six semaines, tantôt lentement; elle peut s'accroître lors de poussées en d'autres points du corps.

— *Éruptions bulleuses pemphigoides*. L'iodure de potassium, plus rarement les bromures, le phosphore, exceptionnellement le copahu, etc., peuvent reproduire toutes les variétés de pemphigus, pemphigus à petites bulles simulant la maladie de Dühring, pemphigus à grosses bulles, parfois même circonscrites, identiques à celles du pemphigus dit vrai (v. p. 262), et l'on a pu voir l'iodure déclencher une crise de pemphigus qui persiste après la suppression de ce médicament.

— *E. pemphigoides végétantes* (fig. 160). L'iodure peut donner l'aspect du pemphigus végétant ou des syphilides végétantes et ses éléments, arrondis, inégaux, saillants, atteignent parfois plusieurs centimètres; leurs sièges de prédilection sont la face, les mains, les avant-bras, etc., leur guérison est très lente laissant des cicatrices parfois difformes. Plus rarement la bromide est bullo-végétante, l'épiderme est soulevé par une large bulle purulente qui s'exfolie, découvrant une ulcération arrondie à fond irrégulier et bourgeonnant (voir *Traitément de la syphilis*, p. 330).

— *E. papulo-tuberculeuses* (fig. 162) et *E. papillomateuse, végétantes* (fig. 161). Les bromides (plus rarement les iodurides) forment des papules ou tubercules géants, larges de 5 à 30 millimètres de diamètre, saillants de 1 à 5 millimètres, à plateau aplati, à bords abrupts nettement délimités, rouge vif ou rouge bistre (fig. 161). Tantôt leur surface est sèche et lisse; tantôt et plus souvent elle est papillomateuse, piquetée de points rouges et blancs, ou exulcérée (fig. 161); tantôt elle s'ulcère (fig. 162), se recouvre de croûtes brunâtres épaisses ca-



FIG. 161. — Toxicodermie
bromopotassique papillomateuse
végétante non ulcéreuse.
(Voir page 688.)

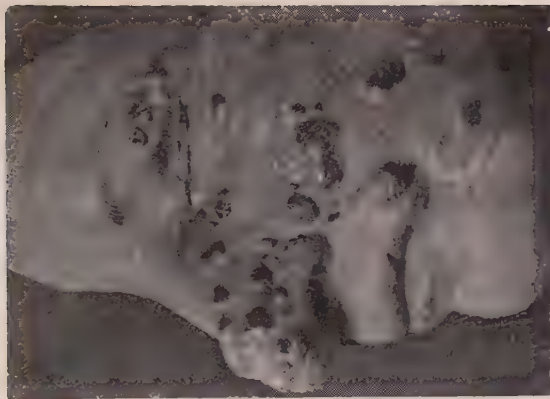


FIG. 160. — Iodisme pemphigoïde
tubéreux et végétant.
(Voir page 688.)

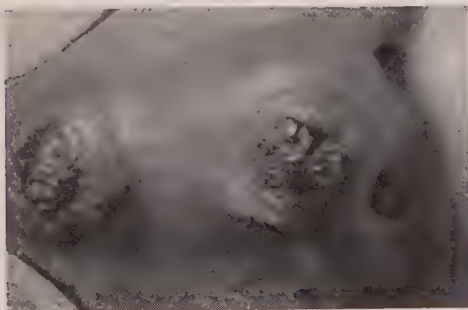


FIG. 162. — Iodisme
papulotubéreux gangréneux
et ulcéro-croûteux.
(Voir page 688.)

chant quelques gouttes de pus. Leur consistance est molle. Leur régression est lente, même après cessation du bromure, ce dont il faut être prévenu. Elles laissent des macules rouges ou brunâtres et parfois des cicatrices. Leurs sièges d'élection sont les membres inférieurs, mollets et fesses, puis le visage, etc. ¹.

— *Roséoles*. Les balsamiques : copahu, santal, cubèbe, plus rarement l'antipyrine, l'arsenic, etc., donnent des roséoles qui prédominent sur les membres. Les éléments sont souvent plus grands, plus animés que ceux de la roséole syphilitique. (Voir *Traitement de la syphilis*, p. 173.)

— *Placards érysipéloïdes*. Ces dermites devront faire penser à l'arsenic, à l'iodure de potassium, à l'iodoforme.

— *Nouures*. Le salicylate de soude, les bromures, et surtout l'iodure de potassium peuvent donner des nouures isolées ou réaliser tout le syndrome de l'érythème polymorphe. Certaines *iodurides* noueuses se ramollissent, s'ulcèrent et suppurent comme des gommès.

— *Acnés* : iodiques, bromiques, etc., souvent plus rouges, plus grosses que l'acné vulgaire.

— *Pustules et furoncles*. On recherchera l'intolérance aux iodures, bromures, fer, huile de foie de morue.

— *Éruptions anthracôïdes*. L'iodure de potassium peut donner une sorte d'anthrax, mais moins aigu, plus superficiel que le véritable anthrax et à tendance papillomateuse.

— *Placards eczématiformes* isolés. On incriminera surtout le bicarbonate de potasse, l'iodoforme, etc.

— *Éruptions herpétiformes zostériennes*. Presque toujours c'est l'arsenic qui est en cause.

1. Richet et Toulouse ont montré que, par le régime déchloruré on prévient la plupart des bromides.

— *Purpuras*. On pensera à la quinine, acide salicylique, iodure, chloral, chloroforme.

— *Gangrènes* en plaques disséminées. Systématiquement on recherchera l'intoxication par l'arsenic, l'ergot de seigle, les iodures, etc.

— *Pigmentations*. L'arsenic teinte la peau en brun, la mélanodermie apparaît d'abord aux points irrités (vésicatoires); sur les anciennes cicatrices elle forme des taches isolées (lentigo arsenical) ou des placards diffus; elle s'accompagne parfois dans les cas graves de kératodermies palmo-plantaires plus ou moins verruqueuses, qui peuvent dégénérer en cancer. L'acrodynie semble relever de l'arsenicisme.

Le nitrate d'argent donne une teinte ardoisée, brunâtre avec des reflets bleuâtres et s'accompagne d'un liséré bleuâtre gingival analogue au liséré saturnin.

L'acide picrique pourrait lui aussi donner des pigmentations.

CHAPITRE XXII

DERMATOSES D'ORIGINE NERVEUSE OU GLANDULAIRE

SCLÉRODERMIES

Plusieurs dermatoses sont dues avec certitude ou avec probabilité à des troubles nerveux ou à des dysfonctionnements des glandes vasculaires endocrines : surrénales, thyroïdes, etc. Cette notion pathogénique domine le traitement.

La coutume est de décrire, dans les traités de neurologie ou de pathologie interne, les affections suivantes :

— Maladie d'Addison (v. p. 723) : goitre exophtalmique, myxœdème, gérodermie, génitodystrophie de Rummo et tous les troubles pluriglandulaires¹.

— Troubles trophiques des névrites : glossy-skin, maux perforants des myélites du diabète, etc.; troubles trophiques des syringomyélies donnant la main succulente, de la lèpre (v. p. 575), du tabès, etc., des hémiplegies : escharres, etc.

— Hémihypertrophie et hémiatrophie² faciales.

— Asphyxie locale et gangrène symétrique des extrémités

1. Voir H. Claude et Gougerot : Syndromes pluriglandulaires, *Gazette des Hôpitaux*, 1912, n° 57 et 60.

2. Elle peut être suivie de sclérodactylie et de sclérodermie.

ou maladie de Raynaud qui est due en réalité à des artérites spasmodiques puis oblitérantes (souvent syphilitiques).

— Panaris analgésique de Morvan (qui doit faire rechercher la lèpre); — panaris nerveux de Quinquaud, très douloureux.

— Acrodynie (qui semble due à l'intoxication arsenicale); aïnhum (qui paraît être une bride mutilante lépreuse des orteils).

— Érythromélgie ou maladie de Weir-Mitchell.

— Œdème ou urticaire géante de Quincke (v. p. 286) pouvant aller jusqu'à l'œdème de la glotte.

— Œdèmes circonscrits trophoneurotiques « rhumatismaux » (?) Trophœdème de Meige.

— Autographisme.

— Érythromélie, de Pick, ou acrodermatite chronique atrophique d'Herxheimer; — névrose vasomotrice de Nothnagel; — spasme artériel de Martin.

— Adipose douloureuse, symétrique et rhizomélique de Dercum.

— Nodosités des arthritiques, cutanées, éphémères de Féréol et sous-cutanées de Meynet.

— Psychoses à préoccupations cutanées : dermatophobies et prurits mentaux (v. p. 290).

— Œdème dur traumatique, etc.

(Les lésions cutanées de l'hystérie résultent de simulation, ainsi que l'a démontré Babinski.)

La seule affection dont nous rappellerons l'essentiel est la sclérodermie.

Sclérodermies.

Les sclérodermies, bien que rares et de pathogénie imprécise, doivent être connues, afin d'éviter des erreurs de diagnostic. Les sclérodermies comprennent des affections différentes depuis le sclérème des nouveau-nés jusqu'à

la plaque isolée, ayant toutes ce caractère commun de commencer par une induration cutanée et d'aboutir souvent à une atrophie.

Tantôt la sclérodermie est *généralisée, œdémateuse* (scléremie). Le début est rapide ou lent, souvent marqué par des douleurs et des « raideurs » cutanées. A la période d'état dite pseudo-œdémateuse ou mieux scléro-œdémateuse, la peau, souvent dans sa totalité, est pâle, blanche, jaunâtre, tendue, luisante, infiltrée d'un œdème dur qui s'étend à l'hypoderme, empêchant de la plisser et de la faire glisser sur les plans profonds. On ne peut obtenir en pressant la formation d'un godet, on dirait une « statue de marbre ». Le « visage marmoréen » est impassible, le malade a de grandes difficultés à ouvrir la bouche, à cligner les yeux. Certaines régions peuvent être d'un gris sale, parfois piquetées de brun. Après plusieurs mois, plusieurs années, survient la phase « scléro-atrophique » : lentement le tégument s'atrophie, s'amincit, se « colle » sur les plans profonds, les troubles fonctionnels et la gêne des mouvements s'accroissent encore ; les taches pigmentées, les téléangiectasies, les ulcérations trophiques au point de pression sont fréquentes. La marche est lente, irrégulière, la guérison est exceptionnelle. Le diagnostic est facile avec les œdèmes, le myxoœdème, la lèpre (v. p. 575), la maladie d'Addison, l'ichthyose (v. p. 704), les atrophies congénitales (v. p. 254).

Tantôt la sclérodermie est *localisée* aux mains, aux pieds (sclérodactylie), au visage (hémiatrophie faciale) et lorsqu'elle se généralise, sa marche est *progressive*. Des troubles sensitifs vasomoteurs ou trophiques : acroparesthésie, maladie de Raynaud, hyperhidrose, etc., peuvent annoncer de longs mois à l'avance l'apparition de la sclérodactylie. Peu à peu la peau se rétracte, s'amincit, se colle sur les os, les doigts s'effilent, se raidissent, etc., les ulcérations et

pertes de substances ne sont pas rares (sclérodermie *mutilante*). Lentement, progressivement ou irrégulièrement, la sclérodermie remonte le long des membres. La face finit par être envahie. La marche est lente, la guérison rare. Le diagnostic est souvent hésitant au début avec le rhumatisme chronique, la lèpre, la maladie de Morvan qui est plus ulcéreuse.

Tantôt la sclérodermie dessine le long des membres des *bandes* épaisses, saillantes, lardacées. Exceptionnellement la sclérodermie encercle le membre d'un *anneau* pouvant déterminer de l'œdème sous-jacent; congénitale, elle peut même amener l'*amputation spontanée*. L'évolution est très irrégulière.

Tantôt la sclérodermie forme de très *larges plaques* blanches ivoirines (fig. 163), à limites plus ou moins nettes, à anneau lilacé inconstant, à marche assez rapide, souvent difficiles à voir et plus nettes à la palpation qu'à l'inspection; ces plaques sont plus épaisses et plus saillantes que dans les variétés suivantes, elles évoluent d'ordinaire vers la guérison sans laisser de cicatrice atrophique : mais la pigmentation résiduelle n'est pas rare.

Tantôt la sclérodermie se réduit à une ou plusieurs *plaques* d'un à plusieurs centimètres (*Morphée* blanche plane). Au début on ne voit qu'une petite tache violette ou rosée ou de couleur normale, à limites vagues commençant à s'indurer, que l'on perçoit plus au palper qu'à la vue. Arrivée à sa période d'état, la plaque est arrondie ou ovale, parfois irrégulière, blanche nacréée ou ivoirine, parfois bleuâtre, rarement squameuse; elle est de niveau avec la peau environnante ou légèrement déprimée; rarement elle fait saillie (variété tubéreuse). Le bord est souvent marqué par un anneau violacé, lilacé au dehors (lilac ring), violet plus foncé ardoisé ou bistre en dedans. La palpation la montre infiltrée, « lardacée ». L'ulcération est exceptionnelle. Peu à peu la morphée s'atrophie et guérit sans

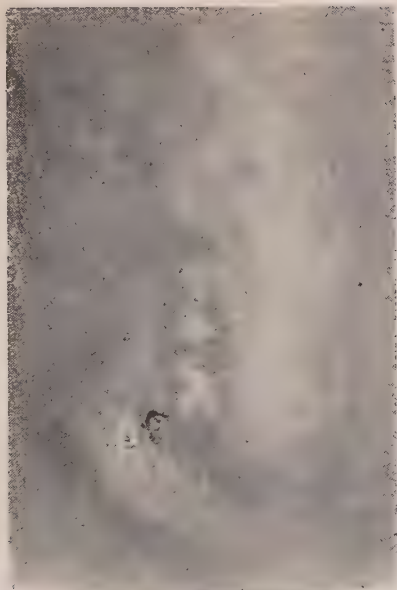


FIG. 163. — Sclérodémie en plaque.
(Voir page 694).

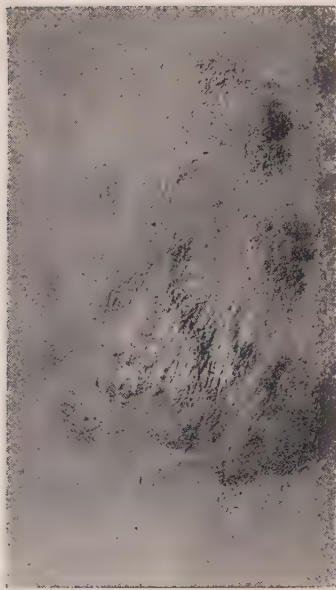


FIG. 164. — Large plaque d'atrophie cutanée du bras semée de grains lupiques. (Voir page 738).



FIG. 165. — Atrophie cutanée de la face. (Dermite atrophique en aire.) (Voir page 738).

laisser de traces ou en donnant une cicatrice glabre, atrophique; il semble en effet exister toutes les transitions avec les atrophies « pures » (?).

Le **diagnostic** est à faire avec les chéloïdes (v. p. 736 et fig. 49), les cicatrices, le vitiligo (v. p. 724) qui n'a ni l'induration ni les stries blanches atrophiques de la morphee, les atrophies (v. p. 738 et fig. 164, 165) et le lichen (v. p. 281), le lupus érythémateux (v. p. 544 et fig. 81) et surtout les tuberculoses fibreuses en nappe étudiées par Coyon et par nous¹ qui sont plus étendues, plus saillantes : la biopsie révélera parfois la présence de follicules tuberculeux; l'inoculation au cobaye a été positive dans notre cas. — Les plaques indurées des jambes variqueuses ou phlébitiques sont rouge bistre ou violacées, plus inflammatoires, œdémateuses; elles présentent le signe du godet, sont mal délimitées et non cerclées par un « lilac ring ». — On recherchera attentivement la lèpre (v. p. 575), surtout dans l'*ainhum* ou *sclérodermie annulaire*, aboutissant à l'*amputation spontanée des orteils*.

L'étiologie et la pathogénie des sclérodermies nous restant inconnues², le **traitement** est malheureusement symptomatique et le plus souvent illusoire.

Tout a été essayé : — *opothérapie thyroïdienne*, deux cachets par jour de 0 gr. 03 à 0 gr. 05 de poudre avec ou sans associations d'autres extraits glandulaires, ovariens (0 gr. 10 à 0 gr. 20 de poudre par jour), etc., pendant 10 jours, arrêter 10 jours et reprendre ainsi de suite; pendant les 10 jours d'arrêt prendre 2 gouttes matin et soir de solution alcoolique de trinitrine à 1/100;

1. Gougerot et Dénéchau : Tuberculomes en nappes sclérodermiformes. *Revue de médecine*, 1916, n° 9-10, p. 664. Nous venons d'en voir un 2° exemple à début nettement phlébitique.

2. Il faut se méfier du terrain tuberculeux.

— antiscéléreux : *iodures* et *iodiques*; *thiosinamine* en injections sous-cutanées (v. p. 738); — *sudorifiques* : *jaborandi*, bains de vapeur, bains sulfureux (Luchon, Cauterets, etc.); — *mercuriaux*¹; — *toniques* : huile de foie de morue, arsenicaux et phosphates, strychnine, séjour au grand air, etc., — *antinervins* : bromure, valérianate, belladone, hydrothérapie et douches chaudes, pointes de feu sur le rachis, électrisation; — *vasomoteurs* : ergotine, quinine, digitale, etc.; — *laxatifs*, qui ont donné des succès (une cuillerée à café tous les matins à jeun dans un verre d'eau chaude tous les jours pendant deux à trois mois; puis indéfiniment deux fois par semaine), diurétiques, alcalins; — sels de cuivre, nitrate d'argent, nitrite d'amyle, oxygène, etc. Les sujets seront vêtus de flanelle et prendront garde aux refroidissements.

Localement on tentera : — les *massages* matin et soir avec du cold-cream ou plutôt des pommades iodurées à 1 p. 100, iodées à 0,50 p. 100 ou à 5 p. 100 d'iodomaisine, ou à 2 p. 100 d'extrait d'hamamelis; — les douches d'air chaud à 60-80°; les bains sulfureux ou de vapeur; — injection locale quotidienne de 1 cm³ de solution alcoolique à 1/100 de trinitrine, 40 gouttes, eau distillée 10 cm³ (contre les troubles asphyxiques); — la *gymnastique* progressive par courtes séances répétées; — l'électrisation : *bains faradiques*², haute fréquence, — la

1. On dit avoir eu des guérisons du sclérème des nouveau-nés par des frictions mercurielles. Le bébé est mis au chaud dans une couveuse et on l'alimente à la sonde, s'il le faut.

2. Gaucher donne des bains hydrofaradiques dans une baignoire émaillée remplie d'eau salée à 10 grammes de sel par litre. Les deux « réophores d'une pile d'induction plongent le positif à la tête de la baignoire, le pôle négatif aux pieds ». Le bain est quotidien et dure une demi-heure.

radiothérapie prudente et même l'*électrolyse*; — l'enveloppement caoutchouté; — différents topiques : *emplâtre de Vigo* et emplâtre rouge de Vidal, liniments et pom-mades au sublimé, au nitrate acide de mercure, à l'iode de soufre, à l'iode et à l'iodure de potassium, à l'aconit, etc.; — les *révulsifs*: teinture d'iode, sinapismes, vésicatoires; — exceptionnellement on fera des incisions pour débrider et des pulvérisations de chlorure de méthyle pour calmer les douleurs.

CHAPITRE XXIII

DERMATOSES INESTHÉTIQUES

HYGIÈNE CUTANÉE : Peau trop sèche; peau trop grasse; peau irritable, p. 699; peau rouge et télangiectasies, p. 700; peau tendant à se rider, p. 700.

TROUBLES DE LA COUCHE CORNÉE : Ichthyose, p. 701; kératose pilaire des membres, p. 703; de la face, p. 704; kératodermies et porokératoses palmo-plantaires, p. 706; cor et callosités, p. 707; verrues vulgaires, p. 709; végétations génitales, p. 710; verrues planes juvéniles, p. 711; verrues séniles, p. 711; porokératose, p. 712.

ÉRYTHROSE, ROSACÉE OU COUPEROSE. TÉLANGIECTASIES : Forme érythémateuse, p. 712; acné rosacée, p. 713; rosacée hypertrophique ou rhinophyma, p. 713.

HYPERHIDROSE, p. 718; GRANULOSIS RUBRA NASI, p. 721.

TROUBLES DE LA PIGMENTATION : multiplicité des causes, p. 721; vitiligo, p. 724.

NÉVI, p. 730 : Neurofibromatose de Recklinghausen, p. 731; Xéoderma pigmentosum, p. 732.

NODOSITÉS INESTHÉTIQUES, p. 734 : molluscum contagiosum, p. 734; milium, p. 734; hidrocystome, p. 734; hidradénome, p. 735; adénomes sébacés, p. 735; kystes divers, p. 736.

CHÉLOÏDES, p. 736; CICATRICES ET ATROPHIES CUTANÉES, p. 738; XANTHOMES, p. 740; TATOUAGES, p. 741.

ALOPÉCIES, p. 742; Pelade, p. 745; HYPERTRICHOSE, p. 750; CANITIE (cheveux blancs), p. 752.

Sous ce nom, on peut réunir des dermatoses presque toujours bénignes, mais qui préoccupent les malades par leurs caractères inesthétiques.

HYGIÈNE CUTANÉE

1° **La peau est trop sèche et parfois rugueuse** : on s'inspirera des traitements de l'ichthyose (v. p. 703). Par exemple :

— Laver le matin avec de l'eau bicarbonatée à 4 p. 1000, puis enduire la peau avec du cold-cream, du glycérolé d'amidon ou mieux, trois fois par jour, avec :

Eau de rose (ou de fleurs d'oranger). . .	1000 gr.
Glycérine pure	50-200 gr.
Borate de soude.	40 gr.
(ou facultativement Tanin	1 à 5 gr.)

— Puis poudrer.

— Même onction glycérinée le soir après nettoyage au cold-cream.

2° **La peau est trop grasse** : on s'inspirera du traitement de la séborrhée faciale (v. p. 332), par exemple : matin et soir lotion à l'eau chaude et au savon cadique ou soufré si la peau le supporte ; dans la journée poudre de riz soufrée à 1 p. 100.

3° **La peau est irritable** : elle rougit à la moindre irritation, tend à s'eczématiser ou à se crevasser. On s'inspirera du traitement général de l'eczéma et localement on calmera cette irritabilité ;

— Le soir nettoyage avec du lait virginal ou mieux avec un lait à la lanoline, sans savonnage.

Lait virginal :

Eau de rose.	900 gr.
Teinture de myrrhe. . .	} à 10 gr.
Teinture d'opoponax . .	
Teinture de benjoin. . .	
Teinture de quillaya. . .	Q. s. pour émulsion.
Essence de citron. . . .	4 gr.

Puis on applique du glycérolé d'amidon, du cold-cream purs ou additionnés de corps de la série des goudrons, tuménol, thiol, sapolan, par exemple :

Sapolan.	40 gr.
Eau de laurier-cerise	} àà 5 gr.
Eau de fleur d'oranger. . . .	
Eau de rose	

— Le matin : lait, puis cold-cream pur et facultativement poudre.

4° **La peau est rouge** : on s'inspirera du traitement de la rosacée (v. p. 715), gymnastique et massage, lotion chaude, cold-cream contenant 2 p. 100 d'hamamélis. Les télangiectasies (dilatation anormale permanente des capillaires sanguins), qu'elles soient acquises ou congénitales, seront traitées de la même façon (v. couperose, p. 717 et nævi, p. 733).

5° **La peau tend à se rider** : on se guidera sur les troubles associés ; par exemple lotionner avec :

Eau de rose	200 gr.
Lait d'amande épais	50 gr.
Sulfate d'alumine.	4 gr.
(Dissoudre soigneusement et filtrer).	

[C. JAMES]

et prendre des bains arsénicaux (v. p. 87) ou un bain additionné du mélange :

Vinaigre fort	} àà 300 gr.
Teinture de benjoin. . . .	
Teinture de rose rouge . .	



ICHTHYOSE

L'ichthyose (fig. 166) est une malformation *congénitale permanente* de l'épiderme, existant dès la première enfance (sauf quelques exceptions d'apparition tardive) et habituellement *généralisée* ; elle est caractérisée par une desquamation *sèche incessante* de la peau. L'épiderme est *sec, dépourvu de transpiration* ; il semble souvent plicaturé, il est rugueux et désagréable au toucher. La peau est de *teinte normale* au-dessous de ces squames, parfois atrophiée. Les poils de même que les glandes cutanées sont plus ou moins atrophiés, les ongles sont secs et cassants. Le malade n'éprouve qu'une sensation de sécheresse du tégument, le prurit est exceptionnel et dû à un processus surajouté.

Le plus souvent l'ichthyose est généralisée symétriquement à tout le tégument, prédominant sur les surfaces d'extension des membres, surtout aux coudes et aux genoux (fig. 166), sur le dos ; elle s'atténue *aux paumes et aux plantes*, au visage, aux régions génitales et surtout aux *plis cutanés* qui sont peu ou pas atteints.

Elle revêt tous les degrés : ichthyose à peine visible n'apparaissant qu'en hiver ou xérodermie, — ichthyose nacrée (fig. 166), — ichthyose grave, serpentine, à squames épaisses, ressemblant aux écailles d'un poisson ou d'un reptile d'où les noms d'ichthyose ou de sauriasis, — I. hystrix hérissée de saillies coniques (homme porc-épic).

L'ichthyose dure toute la vie, moins marquée pourtant en été qu'en hiver, car la transpiration l'atténue ; elle présente parfois des phases d'aggravation avec ou sans phénomènes inflammatoires prurigineux et surtout de l'eczématisation. Il faudra se méfier d'une tare hérédosyphilitique.

Le **diagnostic** est facile : — avec toutes les affections

squameuses : eczéma, psoriasis, parapsoriasis, lichen, pityriasis rubra pilaire, etc., qui ne sont pas congénitales, qui rougissent la peau et envahissent souvent les paumes, les plantes et les plis cutanés; — avec les nævi verruqueux qui sont localisés et souvent non symétriques; — avec les desquamations professionnelles ou cachectisantes des infections aiguës, du tabès, des myélites et des maladies nerveuses. Le traitement est d'ailleurs le même.

TRAITEMENT. — On aurait tort de négliger le traitement interne : *huile de foie de morue* et *arsenic* à petites doses en surveillant la tendance pigmentaire et kératosique des téguments : cure à La Bourboule. On a recommandé des sudorifiques : *jaborandi* et *pilocarpine* (?) mais c'est surtout le traitement externe qui rendra service.

Ichthyose grave : Il faut décaper le tégument; on donnera donc des bains de vapeur ou des bains alcalins et glycérinés prolongés; le malade se savonnera dans le bain avec du savon noir ou même du savon ponce. Si l'épiderme s'irrite le malade ne prendra que des bains glycérinés d'amidon ou de son.

Au sortir du bain, le malade appliquera des glycérolés additionnés d'acide tartrique (1 à 5 p. 100), salicylique (1 à 10 p. 100) ou des pommades au goudron (10 à 20 p. 100), au soufre (1 à 10 p. 100), à la résorcine (3 à 5 p. 100), au naphтол, à l'iodure de potassium, etc., et même à l'huile de foie de morue.

Le soir après un savonnage au savon résorciné ou naphтолé, le malade recommencera les applications de glycérolés acides ou de pommade.

Sur certains points rebelles on utilisera les enveloppements caoutchoutés, le ponçage, le raclage à la curette, les applications d'emplâtres salicylés¹.

Après décapage on appliquera le traitement suivant :

1. Sur certains points rebelles on a tenté la radio et radiumthérapie, la destruction avec l'air chaud.

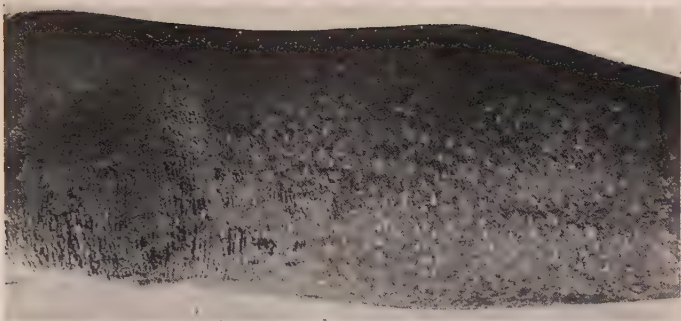


FIG. 166. — Ichthyose du genou et de la jambe. (*Voir page 701*).

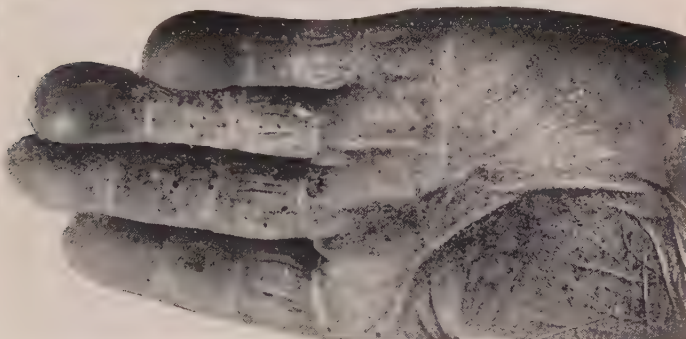


FIG. 167. — Porokératose ponctuée palmaire : points blancs, points noirs et puits épidermiques, sur fond kératosique diffus. (*Voir page 706*).

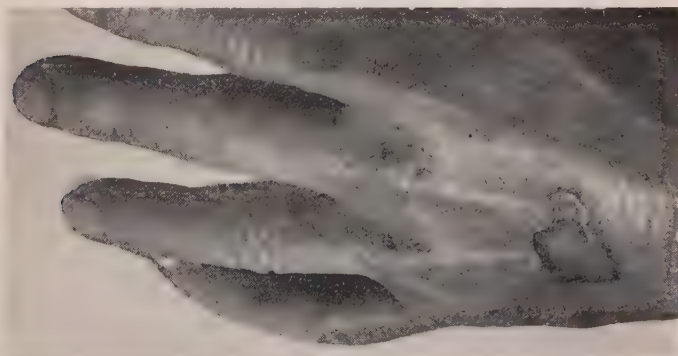


FIG. 168. — Porokératose de Mibelli. (*Voir page 712*).

Ichthyose moyenne ou légère. — Le malade prendra tous les matins un bain prolongé d'amidon glycériné; à défaut de bain il se lotionnera le corps à l'eau chaude. Sur la peau encore humide, au sortir du bain ou après la lotion, il s'oindra avec du glycérolé d'amidon simple ou renfermant 1 à 3 p. 100 d'acide tartrique ou 1 à 2 p. 100 d'acide salicylique, puis les jours suivants avec de la glycérine pure parfumée, ils s'essuyera incomplètement et s'habillera.

Le soir avant de se coucher, il fera une onction générale avec du glycérolé d'amidon ou de la glycérine diluée d'eau, par exemple :

Glycérine	} à à 500 gr.
Eau	
Parfum	Q. s.

Un traitement d'entretien doit être régulièrement continué toute la vie, sinon l'ichthyose reparait : bains ou lotions matinales et, sur la peau encore humide, onction avec du glycérolé d'amidon ou de la glycérine parfumée; le soir, si besoin, onction avec de la glycérine diluée d'eau.

KÉRATOSE PILAIRE

La kératose pilaire est une malformation extrêmement fréquente apparaissant dans l'enfance ou l'adolescence, augmentant à la puberté, localisée à la face postérieure des bras, à la face antérieure des cuisses et des jambes, envahissant souvent les fesses, les hanches, etc. Ces régions sont tachetées de cônes cornés saillants, de 0,3 à 1 millimètre, situés à l'orifice des follicules pileux et englobant en leur intérieur le poil de ce follicule : quand on arrache le grain corné, on déroule le poil qui y est inclus et qui est plus ou moins atrophié. Si les cônes ne sont pas foncés, si la peau garde sa teinte normale, la difformité est négligeable (kératose pilaire blanche), mais si les cônes sont nombreux, foncés, brunâtres, si la peau est rouge ou

cyanosée, la difformité est vraiment disgracieuse, par exemple pour une jeune fille qui se décollette (*kératose rouge*). D'ordinaire la peau de ces régions est plus ou moins *ichthyosique*.

Énucléé, le grain corné laisse une *cicatrice* punctiforme où le poil est détruit; peu à peu la région devient glabre. En vieillissant l'individu voit donc la *kératose* pileaire s'atténuer et disparaître.

Le **diagnostic** est facile avec le *pityriasis rubra* pileaire (v. p. 242), le *lupus érythémateux* (v. p. 541), l'*acné cornée*, les lichens (v. p. 279), le *lichen scrofulosorum* (v. p. 564), les *nævi* (v. p. 730), etc. D'ailleurs le traitement serait le même.

KÉRATOSE PILAIRE FACIALE. — Dans des cas heureusement exceptionnels la *kératose* pileaire se localise à la face, sur le front, dans les sourcils, surtout dans leur tiers externe, sur les joues surtout en avant de l'oreille et près de l'angle du maxillaire inférieur. Le cuir chevelu (même séborrhéique) peut être atteint.

Au début, l'épiderme est plus ou moins rouge, tacheté de petites saillies cornées, isolées les unes des autres, hémisphériques ou acuminées, de 0^{mm},2 à 0,5, centrées d'un poil de duvet et parfois desquamant à leur sommet, surtout sous l'influence du grattage.

Peu à peu les cônes grossissent, se multiplient et souvent arrivent à devenir tangents, il s'ajoute fréquemment des *télangiectasies*.

La durée se prolongeant, des points blanchâtres cicatriciels apparaissent après expulsion des cônes, dessinant des aspects irréguliers, sinueux, etc., il en résulte une *cicatrice* alopecique, véritable infirmité quand elle siège aux sourcils.

Le **diagnostic** de la *kératose* faciale est à faire avec la *séborrhée congestive* (v. p. 543), le *lupus érythémateux* (v. p. 541), les *télangiectasies* (v. p. 712). Au cuir chevelu, le

diagnostic se pose en outre avec les acnés cornées, les folliculites, les « pseudopelades » (v. p. 407).

TRAITEMENT. — Le traitement général est celui de l'ichthyose. L'huile de foie de morue et l'arséniate de soude sont d'autant plus indiqués que souvent les kératosiques sont des scrofulo-lymphatiques : on alternera donc sirop d'iodure de fer, sirop iodotannique phosphoarsénié, glycérophosphates. On activera les fonctions cutanées par des bains de vapeur, bains chauds et même de petites doses de chlorhydrate de pilocarpine.

Le traitement externe s'inspire de celui de l'ichthyose : bains glycérinés, savonnages avec du savon résorciné ou même du savon ponce ; sur la peau encore humide, onction avec glycérolé d'amidon tartrique ; énucléer patiemment un à un, avec l'ongle ou une petite curette, les cônes cornés, ainsi ramollis.

Dans les cas rebelles, faciliter l'expulsion des cônes¹, par des applications de pommades salicylées, 2 à 10 p. 100, ou résorcinées, ou soufrées et naphtholées. On pourrait même tenter le *savon noir*, en emplâtre sur de la flanelle, les pommades pyrogalliques..., ou plutôt les emplâtres : emplâtre salicylique, E. de Vigo, etc. Les emplâtres de savon noir et autres emplâtres constituent le traitement de choix de la kératose pilaire de la face, par exemple :

Acides salicylique et tartrique . . .	à à 1 gr.
Savon noir.	40 gr.
	[GAUCHER].

Lorsque la peau est trop irritée, on calme par une pâte à l'oxyde de zinc ou de l'axonge bismuthée ou du cold-cream (v. p. 359 cure exfoliatrice).

1. L'électrolyse qui détruit la lésion arrive au même but, mais à plus de frais.

Les télangiectasies seront traitées par des scarifications (v. p. 717).

La tendance alopécique sera combattue par les mixtures « excitantes » (v. p. 747), mais sans s'illusionner sur le résultat, puisque la kératose donne une cicatrice atrophique.

On aura grand soin, *avant de commencer tout traitement, de prévenir les malades de la tendance alopécique spontanée des lésions.*

KÉRATODERMIES PALMO-PLANTAIRES

La kératodermie ou épaissement exagéré de l'épiderme palmo-plantaire peut relever de causes multiples, qu'il faudra s'efforcer de chercher et de combattre : syphilis (v. *Traitement de la syphilis*, p. 542), blennorragie (v. p. 383), trichophytie, eczéma (v. p. 201), psoriasis (v. p. 213), lichen (v. p. 281), pityriasis rubra pilaire (v. p. 242), intoxications médicamenteuses, arsenicales surtout (v. p. 690), etc.

Il reste des affections dites essentielles (!) :

Kératodermies palmo-plantaires « essentielles » symétriques de la seconde enfance et de l'âge adulte (*acrokératome, maladie de Méléda*). — Tantôt la lésion est diffuse, la peau est rugueuse, squameuse, rouge, irritable; tantôt elle forme des plaques hyperkératosiques isolées et multiples, siégeant surtout aux points de pression et auréolées de rouge.

Kératodermies palmo-plantaires congénitales. — Tantôt les lésions sont exclusivement palmo-plantaires, avec érythème et souvent hyperhidrose : elles peuvent être minimales ou très marquées, monstrueuses, empêchant la marche et le travail des mains. Tantôt elles s'associent à des dermatoses diverses : ichthyose, érythrodermie congénitale ichthyosiforme avec hyperépidermatrophie, épidermolyse bulleuse traumatique.

Porokératose ponctuée (fig. 167) ou **papillomateuse palmaire**

et plantaire. — Cette kératose localisée à l'ostium sudoripare est caractérisée par l'élargissement, l'approfondissement des orifices sudoripares et la formation en ce point d'une petite masse cornée de 1 à 2 millimètres, pouvant être papillomateuse. Elle laisse un puits quand on l'énucléc.

Le **traitement** est, suivant l'intensité des lésions, celui de l'ichthyose (v. p. 702), du psoriasis (v. p. 235) ou des callosités (v. p. 708), aidé de l'enveloppement caoutchouté, du raclage et même d'applications de savon à la pierre ponce.

CALLOSITÉS OU DURILLONS

Les callosités ou durillons sont des épaisissements de la couche cornée en certains points de frottement, professionnels ou habituels : mains, pieds, région rétro-malléolaire, etc. Ils peuvent s'enflammer.

Le **traitement** consiste en : supprimer la cause, et si le repos ne suffit pas, appliquer le traitement des cors.

CORS ¹

Le cor est un épaisissement corné, développé en un point sujet à des pressions répétées, et caractérisé par une sorte de tige cornée pénétrant dans l'épiderme comme la pointe d'un clou de tapissier dont l'épaisissement corné serait la tête aplatie. Cette tige, presque toujours unique (parfois multiple dans les cors à large surface), se dénonce par un point jaunâtre opaque. Les cors sont douloureux, parfois extrêmement sensibles. Au-dessous d'eux se développe souvent une bourse séreuse qui peut s'enflammer, donnant un abcès très douloureux.

Le **traitement préventif** consiste en une meilleure hygiène de la chaussure : pas de hauts talons, etc.

1. L'œil-de-perdrix est un cor situé entre les orteils.

Le **traitement palliatif** se borne à exciser la partie saillante du cor et à le protéger par des rondelles en couronne (= corn-plaster).

Le **traitement curatif** comprend deux temps : ramollir, puis extirper.

— Ramollir en humectant avec la solution alcoolique concentrée d'acide salicylique ou recouvrir de poudre d'acide salicylique, d'ouate et d'une rondelle d'emplâtre adhésif. Laisser en place 3 à 5 jours, à moins que l'inflammation soit trop vive; renouveler si l'état du tégument le permet. Au bout de 8 à 15 jours, donner un bain chaud et détacher la masse cornée avec un couteau mousse ou une aiguille mousse, en allant lentement de la périphérie vers le centre.

— Ou ramollir avec le savon mou de potasse, fluidifié par quelques gouttes d'alcool, des rondelles de citron, l'acide acétique cristallisable, la potasse caustique, la teinture d'iode, le perchlorure de fer, le nitrate d'argent, le nitrate acide de mercure, le chlorhydrate d'ammoniaque, le sous-acétate de cuivre, etc.

— Ou appliquer un emplâtre salicylique, emplâtre de Vigo, emplâtre au biiodure ou au bichlorure de mercure, et surtout un collodion salicylique, par exemple :

Acide salicylique.	1 gr.
Extrait alcoolique de cannabis indica . . .	0 gr. 50 à 1 gr.
Alcool à 90°	1 gr.
Éther à 62°	2 gr. 50
Collodion élastique	5 gr.

[VIGIER]

Appliquer tous les soirs pendant 8 jours, puis bain de pieds chaud et arracher le collodion.

— Dans les cas rebelles, on a proposé la *radiothérapie* qui fait très bien, le galvanocautère, l'excision avec suture par première intention et même l'amputation d'un orteil.

VERRUES ET PAPILLOMES

VERRUES VULGAIRES. — La forme habituelle ou « poireau » est trop connue pour qu'on y insiste. Mais il faut rappeler les formes rares : verrues confluentes en nappe, arrivant à constituer des sortes de tumeurs cornées; verrues pénicellées filiformes pédiculées du cuir chevelu, etc.; formes enflammées et suppurées, lésions nécrotiques après cautérisations, etc. Certains sièges déforment l'aspect habituel de la verrue : rainure sous-unguéale, paupières, paumes et plantes où elles simulent un durillon, un cor, demi-muqueuse génitale, etc., exceptionnellement muqueuse linguale. Les verrues vulgaires sont d'origine microbienne et l'on n'oubliera pas leur grande auto-inoculabilité et leur contagiosité.

Les traitements anciens les meilleurs sont : — la destruction ignée, surtout la chaleur solaire (Vallet)¹, suivie ou non de cautérisation au nitrate d'argent ou à l'acide chromique; — le formol liquide pur; — les emplâtres ou colloïdions mercuriels :

Acide salicylique	1 gr.
(Acide lactique)	1 gr.)
Alcool à 90°	1 gr.
Éther à 62°	2 gr. 50
Collodion élastique	7 gr. 50

Ou :

Sublimé	0 gr. 33
Collodion élastique	10 gr.

1. La meilleure cautérisation ignée est la chaleur solaire concentrée par une loupe (Vallet); le même jour on irradie successivement toute la surface verruqueuse soit avec une tache lumineuse ponctiforme pendant quelques secondes, soit avec une tache de 3 à 5 millimètres pendant 30 secondes. Au bout de 4 à 5 jours, on abrase toutes les parties desséchées avec un rasoir ou un bistouri et on refait une deuxième séance; on termine par un bain de lumière de 1 à 2 minutes avec une tache lumineuse de 10 millimètres. On fera si besoin d'autres séances.

Tous les jours, nettoyer à l'éther en raclant l'épiderme ramolli et remettre du collodion, en suspendant le traitement actif si l'inflammation devient trop vive.

Les deux traitements récents et excellents sont (en dehors de l'électrolyse négative) : la radiothérapie et, plus simplement, les injections, dans toute la masse de la verrue, de quelques gouttes de teinture de *Tuya occidentalis* avec une aiguille fine à biseau court, après avoir ramolli les verrues par l'eau chaude; on peut insensibiliser à la cocaïne (Sicard et Lamy). En même temps le malade fait des badigeonnages plusieurs fois par jour avec la même teinture et prend à l'intérieur 60 à 80 gouttes de teinture de *tuya occidentalis* ou de l'arséniade de soude.

VÉGÉTATIONS GÉNITALES (condylomes acuminés, crêtes de coq, choux-fleurs, etc.) (fig. 169). — Ces lésions bien connues, dues à un microbe spécial, doivent faire soupçonner la blennorrhagie qui y prédispose. Il ne faut pas les confondre avec les condylomes plats ou syphilides végétantes (v. *Traitement de la syphilis*, p. 258, 563).

Le traitement consistera : — en poudrage quotidien avec : résorcine, 25 gr., poudre de gomme, 5 gr. (après lavage et badigeon cocaïnique si besoin), et pansement sec; — cautérisation avec le formol liquide pur du commerce, le chlorure de zinc, l'acide chromique, l'acide orthophénol-sulfurique¹ avec ou sans anesthésie locale²; puis poudrage avec la poudre de sabine-calomel-alun à parties égales, ou oxyde de zinc salicylate de bismuth talc aa 20 et facultativement 1 à 3 de calomel.

En cas d'échec, on tentera la radiothérapie — ou le raclage — ou la thermocautérisation sous anesthésie, suivi de cautérisation chimique avec le formol, la résorcine, le nitrate d'argent ou le chlorure de zinc à 1 p. 100.

1. Le nitrate acide de mercure, très toxique, ne doit être employé que sur une petite surface.

2. Par le mélange : phénol, menthol, chlorhydrate de cocaïne aa.



FIG. 169. — Végétations génitales.
(Voir page 710).



FIG. 170. — Verrues planes juvéniles.
(Voir page 711)

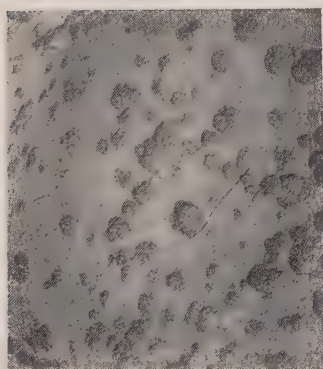
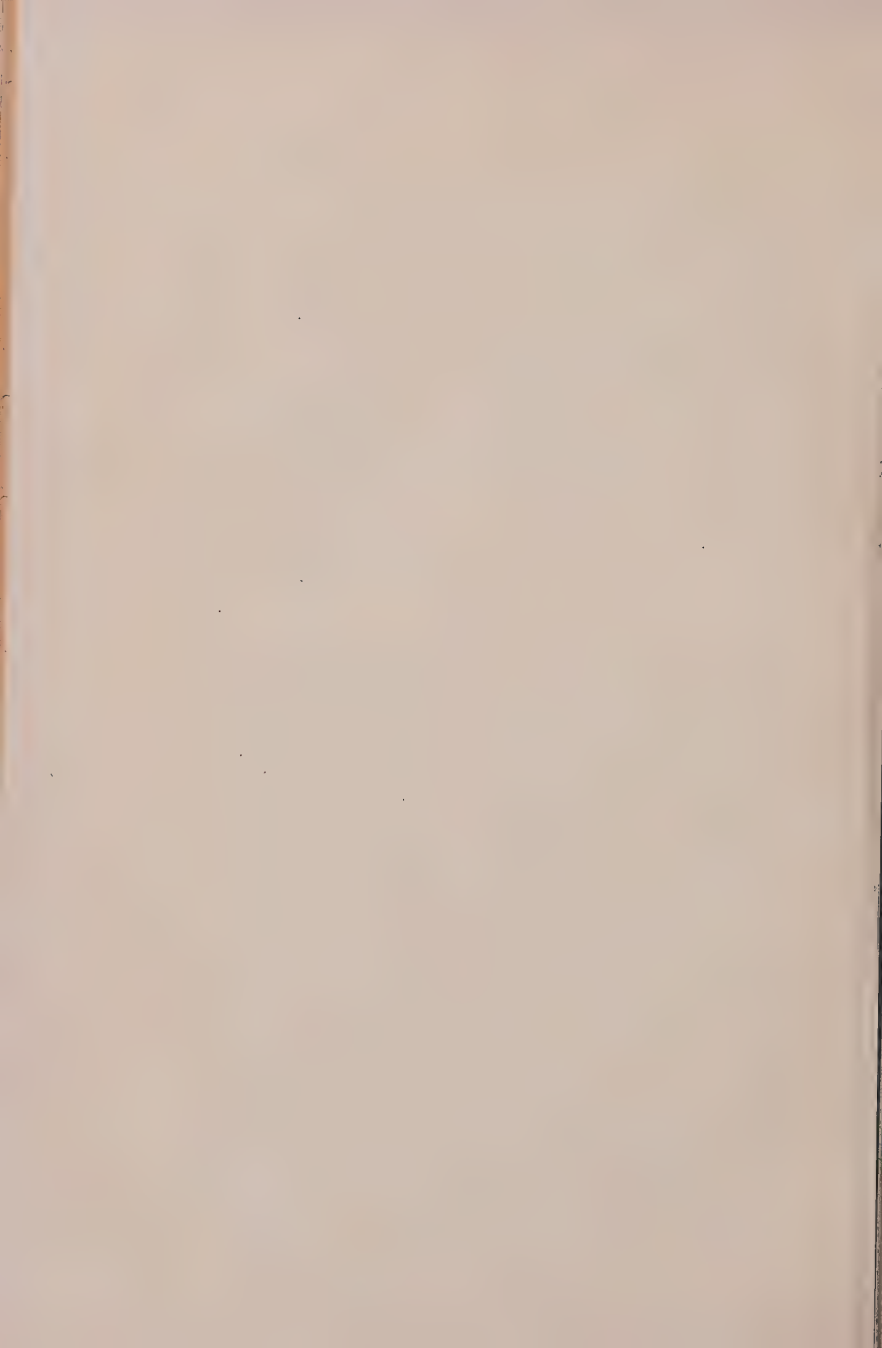


FIG. 171. — Verrues dites « séniles »
généralisées. (Voir page 711.)



FIG. 172. — Xanthome plan
des paupières et du front. V. p. 741.)



VERRUES PLANES JUVÉNILES (fig. 170). — Ce sont des taches petites de 1 à 5 millimètres, aplaties, à peine saillantes, de 0,1 à 0,3 millimètres, brunâtres ou grisâtres, toujours multiples, souvent confluentes, siégeant surtout à la figure, rares aux mains, exceptionnelles dans les autres régions : par exemple aux organes génitaux. A y regarder de près, leur surface apparaît chagrinée, brillante ou au contraire grisâtre farineuse.

Localement on agira d'abord doucement avec des pommades, pâtes à l'oxyde de zinc, additionnées de 2 à 10 p. 100 de résorcine ou d'acide salicylique; puis en cas d'échec, on agira plus activement : pommade à l'acide pyrogallique ou à la chrysarobine (voir Psoriasis, p. 236), savon noir, pommades fortes exfoliantes (voir acné, p. 359), attouchements bi-quotidiens avec l'acide lactique ou l'acide orthophénolsulfurique, collodions employés pour les verrues vulgaires.

On donne à l'intérieur 0 gr. 20 à 0 gr. 50 et même 1 gramme de magnésie avant chacun des trois repas, ce qui est très efficace, ou un demi-verre d'eau de chaux.

VERRUES SÉNILES (fig. 171). — Ce sont des plaques indolentes, multiples, pouvant siéger partout, arrondies, parfois un peu irrégulières, larges de 3 à 15 millimètres, peu saillantes, à bords en pente douce, recouvertes d'une couche plus ou moins épaisse de matière sébacée, gris jaunâtre ou noirâtre, molle. En détachant cet enduit, on découvre une surface papillaire grenue végétante, avec des sillons plus ou moins profonds.

Le plus souvent sessiles, elles peuvent exceptionnellement prendre la forme vaguement pédiculée d'un champignon.

Les traitements précédents peuvent leur être appliqués : le plus simple consiste à alterner les attouchements avec le formol, l'acide acétique et la pommade à l'oxyde de zinc additionnée de 10 à 20 p. 100 de chlorate de potasse.

La radiothérapie qui donne d'excellents résultats (Ledoux-Lebard) ou, à défaut, le galvanocautère détruirait les lésions rebelles. Il ne faut pas irriter les verrues séniles, car elles peuvent se transformer en épithélioma (v. p. 644).

POROKÉRATOSE DE MAJOCCHI-MIBELLI (fig. 168). — Débutant par une papule cornée qui se creuse au centre par chute d'une sorte de bouchon corné, la lésion adulte forme une plaque creuse, déprimée, de grandeur variable, irrégulièrement circonscrite, squameuse ou non, limitée par un bourrelet très spécial : ce bourrelet prismatique, triangulaire, est constitué par une lame ou crête cornée, enfoncée dans un sillon. Elle peut envahir même les muqueuses. Sa nature est inconnue, sans doute microbienne comme les verrues.

Le traitement est celui du psoriasis : applications réductrices (p. 235) et radiothérapie.

*
* * *

ÉRYTHROSE SIMPLE, ROSACÉE OU COUPEROSE DU VISAGE ET TÉLANGIECTASIES

La rosacée est une affection banale, d'ordinaire associée à la séborrhée. Ses sièges de prédilection sont : les pommettes et le nez, mais elle peut s'étendre au reste du visage, joues, front, menton et même au cou. Elle comprend plusieurs degrés :

1^o Rosacée proprement dite (*forme érythémateuse et télangiectasique*), caractérisée par deux éléments : — d'abord une rougeur érythémateuse permanente, mais variable, augmentant par *poussées* au moment de la digestion, à l'occasion d'une émotion, pendant les chaleurs, etc. — Puis bientôt se surajoutent des dilatations des capillaires sanguins. La séborrhée est de règle, mais non constante. Cette rosacée peut se compliquer de *pustules miliaires réci-*

divantes (ou acné eczématisque), distinctes de l'acné par leur petitesse, leur papulation inconstante, leur siège intra-épidermique superficiel et non dermique, leur apparition soudaine par poussées douloureuses.

2° **Acné rosacée vraie.** — Les lésions précédentes se compliquent de pustules d'acné et, par une sorte de cercle vicieux, les télangiectasies augmentent de nombre et de volume (*couperose variqueuse*), la peau s'épaissit, s'hypertrophie, les orifices sébacés se dilatent, restent béants ou se remplissent de sébum. Peu à peu on aboutit à la troisième forme :

3° **Rosacée (ou acné) hypertrophique ou rhinophyma** (fig. 44). — Le nez, les joues sont rouges, souvent violacés et télangiectasiques, hypertrophiés et d'ordinaire mamelonnés, criblés d'orifices glandulaires démesurés. Le nez peut être difforme, énorme, et même acquérir le volume du poing par hypertrophie des glandes et du tissu conjonctif. Les pustulettes d'acné sont fréquentes, mais non constantes.

L'évolution de ces rosacées est indéfinie et presque toujours s'aggrave avec l'âge. Toutes les causes congestionnantes : dyspepsie et constipation, troubles hépatiques, ménopause et surtout mauvaise hygiène, œnilisme et alcoolisme larvés, irritation par le grand air, ont une influence incontestable.

Le **diagnostic** des rosacées est facile avec les « eczémas séborrhéiques » (v. p. 374), le psoriasis et l'eczéma, la kératose pileuse (v. p. 704), les adénomes sébacés congénitaux (v. p. 735 et fig. 439) et les nævi, les engelures et les lupus pernio (v. p. 551). Plus difficile est le diagnostic du *lupus érythémateux* (v. p. 541) : le lupus est d'un rouge plus vif, il forme des plaques, il est moins diffus, ses bords sont plus nets, souvent légèrement saillants. Sa surface est d'ordinaire recouverte de croûtes ou squames *ponctuées* adhérentes, la palpation révèle une certaine sensibilité, l'évolution tend à la cicatrice. Il est des cas si difficiles

qu'on a appelé ces lupus : séborrhée congestive. D'ailleurs, le traitement est le même.

Le seul diagnostic vraiment important est celui des *syphilides acnéiformes hypertrophiantes* du nez, en raison du traitement spécifique qu'il faudrait instituer. Les syphilides sont plus groupées, souvent figurées, dessinant des arcs de cercles, etc.; elles sont mêlées, soit de papules fermes, soit d'ulcérations gommeuses, soit de cicatrices à bords tracés au compas; elles résistent au traitement local des acnés. Dans un cas douteux, on n'hésitera pas à tenter le traitement antisiphilitique d'épreuve sans iode.

Traitement. — Le traitement des rosacées est très délicat, comprenant un traitement général et local, ce dernier difficile à manier, car, ou bien on reste trop timide et les lésions persistent, ou bien l'attaque est vigoureuse et l'irritation thérapeutique nécessaire est difficile à graduer.

TRAITEMENT GÉNÉRAL. — On cherchera à supprimer tous les facteurs de congestion faciale :

— Diathèse neuro-arthritique. goutteuse, ou plus rarement scrofuleuse, par le régime et les cures de diurèse (Contrexéville, Vittel); par de petites doses de lithine, etc.¹.

— Troubles dyspeptiques gastro-intestinaux hépatiques et surtout la constipation, par un régime sévère approprié, des repas peu copieux, réduction du pain, une mastication lente, le repos en période digestive, l'opothérapie, les laxatifs (huile de paraffine, gélose, aloës), et même les lavages intestinaux.

— Intoxications : œnilisme et alcoolisme très fréquents, mais larvés, caféisme, etc., on interdira par une défense absolue toutes ces boissons et les médicaments congestionnants : iodures, etc.

— Troubles glandulaires, ovariens, thyroïdiens, etc.,

1. Voir Eczéma, p. 180.

surtout au moment de la ménopause, par l'opothérapie; troubles utéro-annexiels, menstruels, uréthraux, etc.

— Troubles vasomoteurs et circulatoires : on évitera les vêtements, corsets, cols trop serrés; on veillera à n'avoir jamais froid aux pieds, en se frictionnant les membres matin et soir, avec un gant et de l'alcool camphré, et en prenant des bains de pieds chauds salés ou sinapisés au besoin...; on usera de fer et d'arsenic et de médicaments hypertensifs; on ingérera des médicaments dits vasomoteurs : ergotine, hamamélis, belladone, aconit, quinquina et surtout quinine.

— Troubles nerveux : choc émotif, fatigues intellectuelles, surmenage mondain, etc.

On évitera les causes locales : travail « tête penchée », surtout sous une lampe, et toutes les irritations : le vent, le froid, les pièces trop chaudes, les radiations du feu, etc.

Enfin, on modifiera l'état séborrhéique prédisposant, par le traitement interne des séborrhées (v. p. 332).

TRAITEMENT LOCAL. — On combattra l'hypotonicité par le massage, le terrain séborrhéique par les traitements appropriés, en se souvenant que souvent les rosacées sont irritables (v. p. 334) et on essayera par des scarifications, etc., de diminuer les télangiectasies, etc.

Plusieurs cas sont à distinguer en pratique :

1° **Le nez est enflammé, irrité.** — On calme cette irritation par des pulvérisations d'eau bouillie ou d'eau sulfureuse faible et, dans l'intervalle, on applique une pâte ou une crème d'Alibour très faibles et l'on poudre;

2° **La face et le nez sont atteints de la forme congestive pure ou prédominante.** — On recommande la *gymnastique faciale* : trois fois par jour, pendant 5 à 15 minutes, contractions rythmées de tous les muscles de la face successivement; matin et soir les *lotions très chaudes*, additionnées de teinture de benjoin et les *massages* avec du cold-cream frais renfermant 2 p. 100 d'extrait d'hamamélis.

Dans la journée, on appliquera une pommade à l'hamamélis ou un cold-cream à l'adrénaline à 2 p. 100 et on poudrera par-dessus cette onction.

Si cette médication douce ne suffit pas, on tentera la méthode substitutive : on irritera la lésion, *plus la poussée provoquée artificiellement sera intense et plus on pourra espérer une amélioration consécutive.*

On tentera donc : — les pommades mercurielles de Bazin ou de Rochard¹, trois soirs de suite ; — ou les pansements humides avec une solution aqueuse de chlorhydrate d'ammoniaque de 1 à 5 p. 100 pendant plusieurs heures, tous les soirs pendant plusieurs jours ; — ou les mixtures soufrées, surtout celles associées au savon noir (v. acné, méthode exfoliatrice, p. 359), afin d'irriter fortement ; — ou des lotions avec la solution de Vlemineckx², étendue d'abord de 5 volumes d'eau, puis peu à peu appliquée pure deux fois par jour pendant quelques minutes, avec lavages consécutifs à l'eau très chaude ; — ou l'emplâtre de savon noir fabriqué extemporanément en étalant avec un couteau, sur des morceaux de flanelle taillés à la mesure voulue, une couche de 1 à 2 millimètres d'épaisseur de savon noir pur ou ramolli par quelques gouttes d'alcool. Cet emplâtre est laissé une, deux, trois heures, toute la nuit si possible. Au matin on enlève et on lave à l'eau très chaude, on renouvelle l'application pendant le jour si possible et le deuxième soir³, etc.

1. Pommade de Bazin :

Biodure de mercure 0 gr. 50 à 1 gr., axonge 30 gr.

Pommade de Rochard :

Iodochlorure mercurieux . . . 0 gr. 15 à 0 gr. 75, axonge 30 gr.

2. Solution de Vlemineckx : soufre sublimé 250 gr., chaux vive 150 gr., eau 2500 gr. ; faire bouillir en agitant et réduire jusqu'à 1500 cm³, laisser refroidir et conserver en bouteilles bien bouchées.

3. Puisqu'il s'agit de lésions rebelles, tout a été tenté. Signalons la glycérine iodée en badigeons deux fois par jour pendant 3 à

Dès que l'irritation devient trop vive ou trop douloureuse, on arrête ces irritants thérapeutiques et on calme les lésions par des pulvérisations d'eau sulfureuse et des applications de cold-cream, etc. Rarement une cure suffit, il faut recommencer, s'arrêter, recommencer, etc.

Pour faire ce traitement irritant, qui momentanément exagère la rougeur, on choisit une période commode, les vacances par exemple.

3° Le nez et les joues sont parcourues de télangiectasies gênantes; les moyens précédents ayant échoué, il faut recourir aux scarifications, au galvanocautère ou à l'électrolyse négative; les effluves de haute fréquence, la finsentherapie, les cautérisations avec le crayon de *neige carbonique* (v. p. 547), la radiumthérapie ont donné des succès. On alterne avec le traitement n° 2 : en particulier, lorsque l'hémorragie des scarifications s'est arrêtée, on fait un pansement avec la solution aqueuse de chlorhydrate d'ammoniaque de 1 à 5 p. 100, quitte à calmer ensuite l'irritation par des ouataplasmes. Ce procédé est malheureusement lent et douloureux, il faut compter au moins 20 à 25 séances.

4° La rosacée se complique de pustules d'acné : on institue d'abord le traitement de l'acné pustuleuse : ouvrir les pustules, pulvérisations résorcinées, cautérisations à l'eau d'Alibour, alterner la lotion soufrée et la pâte d'Alibour faible (v. p. 389), etc., massage (v. p. 334), radiothérapie très prudente; et le plus tôt possible, on tente les applications irritantes (voir n° 2).

5° L'hypertrophie s'accroît, aboutissant au rhinophyma. On tente la radiothérapie ou des scarifications profondes, puis

4 jours (Kaposi), les collodions et traumaticines purs ou contenant de l'acide salicylique, de l'acide pyrogallique, etc., les solutions de sulfate de zinc, d'alun. Hardy recommandait : une cuillère à bouche de solution aqueuse saturée d'alun, dans un verre d'eau très chaude contenant quelques gouttes d'alcool camphré et de teinture de benjoin, etc.

l'électrolyse (aiguille de platine négative, 4 à 6 milliampères : v. p. 752) et même l'ablation chirurgicale ou décortication. Mieux encore, sous anesthésie chloroformique, on abraserait au rasoir sans aller trop profondément, afin de laisser des culs-de-sac glandulaires qui donneront de l'épithélium et une cicatrisation rapide; peut-être la radiumthérapie pourrait-elle éviter ces interventions?

En résumé, rien n'est plus variable que le traitement des rosacées, on ne peut tracer de ligne de conduite d'avance, il faut se guider suivant les réactions obtenues et savoir alterner les traitements 1°, 2°, 3°, 4°, 5°.

*
* *

HYPERHIDROSE ET TROUBLES FONCTIONNELS DES GLANDES SUDORIPARES

L'*Hyperhidrose généralisée* ou *localisée* (ou éphidrose) aux mains, pieds, tête, plis, etc., est l'exagération simple de la sécrétion sudorale chez des nerveux souvent déprimés. Les mains et les pieds sont tantôt chauds et rouges, tantôt acrocyanotiques, froids, comme capitonnés et oedématiés, tantôt froids, blancs, comme anémiés et chlorotiques. L'hyperhidrose peut s'accompagner de lésions secondaires importantes: macération de l'épiderme, excoriation, vésiculation, infection secondaire qui rendent la marche difficile.

L'*osmhidrose* est l'hypersécrétion odorante, simple. La *bromhidrose* est la sécrétion fétide, fétidité due à l'élimination par la sueur d'acides organiques; elle atteint non seulement les pieds, mais encore les plis articulaires, ombilical, etc.

La *chromhidrose* est la production de sueurs colorées: sauf parasitisme, il s'agit de simulation.

Le **traitement** est trop souvent illusoire, sauf la *radiothé-*

rapie qui doit être très prudente; d'où la multiplicité des recettes.

Un examen complet du malade dictera le traitement général: phosphates, tannin, arsenic, etc.; anti-nerveux: valériane, hydrothérapie, faradisation, etc. On sera ménager des antisudorifiques: sulfate neutre d'atropine 1 à 2 milligrammes, belladone, agaric et agaricine, arséniate de strychnine, ergotine, tisane de feuilles de sauge.

Le traitement local dans les hyperhidroses généralisées se réduira à des frictions avec de l'alcool camphré ou une solution aqueuse de tannin à 5 p. 100, etc., et poudrage des plis avec une poudre inerte contenant 1 p. 100 de tannin ou d'alun.

Le traitement local des hyperhidroses palmo-plantaires comprend des méthodes diverses: le plus nouveau et le meilleur, semble-t-il, étant la *radiothérapie* qui atrophie les glandes (Jeanselme et Chicotot, Noiré, Belot).

1° **Lotions modificatrices** bi-quotidiennes avec: — le formol à 40 p. 100 du commerce, dilué à 10 p. 100 en solution aqueuse, ou à 1 p. 100 en solution alcoolique dans l'eau de Louvain; le formol est excellent, mais souvent irritant.

— acide formique et hydrate de chloral aa 5, alcool 89, baume du Pérou 1, facultativement 0,10 d'acide trichloracétique.

— permanganate 0,20 à 1 p. 100.

— acétate de plomb, alun, borax, tannin, sulfate de zinc, ammoniacque, acide acétique, chloral, chlorates, etc., en solutions aqueuses ou alcooliques, par exemple solution alcoolique de tannin à 1 p. 100, ou eau de feuilles de noyer additionnée de 5 p. 100 d'alun.

— perchlorure de fer liquide 30, glycérine 10, essence de bergamote XX gouttes, matin et soir, en alternant les autres jours avec des bains froids à l'eau de feuille de noyer.

— teinture de belladone 15, eau de Louvain, 120.

— sulfate de quinine 1, alcool à 60°, 100.

— naphthol 5, glycérine 10, alcool 100, etc.

2° Puis **poudrage** avec talc contenant 1/30 de trioxyméthylène — ou avec oxyde de zinc et salicylate de bismuth aa, — ou talc 90 et amidon 10, — ou alun pulvérisé, etc., additionnés du corps actif correspondant à la lotion : *acide salicylique* 1 à 10 p. 100, *acide borique* ou alun 10 à 100 p. 100, *acide tartrique* 10 à 90 p. 100 ou encore naphthol 2, amidon 100.

Ou :

Talc	} aa 50 gr.
Sous-nitrate de bismuth	
Permanganate de potasse	
Salicylate de soude	
	10 gr.
	2 gr.

Ou pour les plis articulaires :

Poudre de riz	50 gr.
Sous-nitrate de bismuth	25 gr.
Permanganate de potasse	} aa 10 gr.
Talc	

On a recommandé de porter des semelles de papier buvard trempées dans une solution de permanganate à 1 p. 100 et séchées, qu'on remplace tous les jours ou plus souvent. On séparera soigneusement les surfaces cutanées.

3° On aura avantage à se servir de **savons** médicamenteux : au borate de soude, à la résorcine, au goudron ; savon phéniqué, cadique, soufré, etc.

4° On a recommandé, après savonnage, toutes les **pommades** : mercurielle, salicylique 2 p. 100, etc. ; par exemple, goudron 10, soufre sublimé 2, axonge benzoïnée 8 (Wilson) ; on bande serré. Hébra étend sur un linge un mélange à parties égales de diachylon et d'huile de lin, il en enveloppe séparément chaque doigt et tout le pied ; puis il recouvre d'un bas ou d'une bande. Deux fois par jour, donc toutes les douze heures, on refait le même pansement en nettoyant sans laver, avec des tampons. Au bout d'une douzaine de jours, l'épiderme s'exfolie, on poudre

les jours suivants. On ne lavera le pied que lorsque l'épiderme ancien a desquamé. Il faut parfois recommencer toute la manœuvre.

5° Lorsqu'en même temps que l'hyperhidrose, il y a refroidissement des extrémités, Unna croit que la circulation imparfaite ne provoque pas l'évaporation de la sueur; il ordonne donc le soir avant de se coucher des *bains de pieds chauds*, l'eau étant additionnée d'alcool camphré, de vinaigre, ou de moutarde.

Puis après avoir séché, il fait appliquer :

Huile de térébenthine.	} à à 5 gr.
Ichthyol	
Axonge.	10 gr.
Oxyde de zinc	2 gr.

Le matin, savonnage avec le savon à l'ichthyol et friction avec de l'eau froide ou lotion avec une solution alcoolique d'ichthyol, puis poudrer les bas avec de la poudre d'amidon mêlée de moutarde.

GRANULOSIS RUBRA-NASI. — Presque exclusivement infantile et localisée au nez, cette affection semble fréquente surtout chez les acroasphyxiques atteints d'hyperhidrose palmo-plantaire (Jeanselme) et chez les scrofulo-lymphatiques sujets aux engelures, parfois même suspects de tuberculose (Gougerot). Le bout du nez est rouge, tiqueté de très petites papules rouges, aplaties où perlent des gouttelettes de sueur. Le traitement comprend la médication tonique du lupus (v. p. 530) et localement les scarifications ou mieux la radiothérapie (Jeanselme).

*
* *

TRoubles DE LA PIGMENTATION

ACHROMIES ET HYPERCHROMIES

Le diagnostic du symptôme ne prête à aucune difficulté; car il est aisé d'éliminer le pityriasis versicolor par le

signe du copeau (v. p. 631), les teignes et les caratés qui sont squameuses (v. p. 632, note 1), les taches de nitrate d'argent, etc. Il n'en est pas de même du diagnostic étiologique qui pourtant peut avoir une grande importance pronostique et thérapeutique. En effet l'hyperchromie est souvent révélatrice de lésions viscérales graves : maladie d'Addison, etc., et on n'arrive à l'améliorer que par le traitement étiologique. Il n'y a pas de traitement local des achromies et de l'albinisme qui est l'achromie des régions pileuses : on ne connaît que des moyens palliatifs : teintures pour les cheveux, fards colorés pour la peau.

Le traitement des hyperchromies doit s'appuyer tout d'abord sur l'étiologie. Voici les causes importantes à rechercher et souvent à combattre :

Etat gravidique : « Masque de la grossesse » ou chloasma, taches irrégulières, diffuses ou à bords nets, confluentes, siégeant surtout au front, tempes, joues. On peut l'observer en dehors de la grossesse dans des affections utérines, nerveuses ou anémiques graves.

Pigmentations solaires (coup de soleil, hâle) et *éphélides* (lentigo ou « taches de rousseur ») fréquentes chez les rousses et les blondes en été ; il faut donc éviter l'action des rayons solaires, porter une voilette (v. p. 680).

Pigmentations des érythèmes électriques et pigmentations des radiodermites (fig. 155 et p. 682).

Les pigmentations du *xeroderma pigmentosum* (v. p. 732), affection familiale le plus souvent, congénitale ou datant de l'enfance, atteignant la face et les mains, les *pigmentations des campagnards et des marins* sont identiques d'aspect et de nature aux radiodermites¹. On y retrouve le même

1. Ces dermatoses dues aux radiations lumineuses radioactives de la lumière solaire de même ordre que les rayons X portent inexactement le nom d'épithéliomatose des gens de mer, etc., car l'épithélioma est une complication tardive et inconstante. On devrait plutôt les appeler des *lucites* (de lux, lucis=lumière).

mélange de taches pigmentées, de télangiectasies, de points atrophiques, de verrucomes pouvant dégénérer en épithélioma. De ces pigmentations lumineuses, on peut rapprocher les pigmentations réticulées consécutives le plus souvent à des brûlures par chaufferette et siégeant à la face interne des cuisses.

P. dues à des irritants chimiques: acide phénique, résorcine, sublimé, calomel, sinapismes, vésicatoires, teinture d'iode, nitrate d'argent, térébenthine, acide picrique, acide chrysophanique. Les antécédents et la stricte localisation de la pigmentation permettent de les reconnaître facilement et d'établir le traitement prophylactique.

Achromies et pigmentations par grattage au cours des prurits avec ou sans eczéma, lichénisation, lichen, gale, et surtout **phthiriasé** (maladie des vagabonds, v. p. 443), etc.

Pigmentation par pression: du col, du corset, des jarretières, d'un bandage, et pigmentations réticulées par stase sur des jambes variqueuses.

Achromies et pigmentations accompagnant des dermatoses connues, lichen, pemphigus, urticaire pigmentée, pelade, sclérodermie, lupus érythémateux, atrophies cutanées, pellagre, zona, etc.

P. par intoxications: nitrate d'argent, arsenic, antipyrine, etc. (v. p. 687).

P. par infections chroniques: *Syphilides*, surtout le collier de Vénus de la syphilis secondaire, les hyperchromies aréolaires et la leucomélanodermie (v. *Traitement de la syphilis*, p. 263). — *Tuberculose*, on se méfiera toujours d'une origine surrénale ou sympathique: ganglions fibro-caséeux, péritonite tuberculeuse, mal de Pott, etc. — *Lèpre* (v. p. 574). — *Paludisme*.

Pigmentations des troubles et lésions hépatiques: cholémie, etc. *P. du diabète bronzé*, anémies et états hémolytiques.

Pigmentations par troubles surrénaux et sympathiques. **Ma**

ladie d'Addison et pigmentations des femmes atteintes de salpingo-ovarites, de maladie de Basedow, etc.

Pigmentations et achromies « nerveuses » (?) observées au cours des hémiplegies, myélites, paralysies infantiles, tabès, radiculites, névrites, goitre exophtalmique, sclérodermie, maladie de Raynaud.

Pigmentations néoplasiques : nævi pigmentaires, congénitaux ou apparaissant peu après la naissance mais susceptibles d'accroissement; — « nævi malins » nés d'un nævus et prenant peu à peu les caractères d'un épithélioma (v. p. 648); — xeroderma pigmentosum, mélange de taches pigmentées, de télangiectasies et de papillomes devenant épithéliomateux (fig. 141, v. p. 732); — neurofibromatose de Recklinghausen mélange de fibromes durs ou mous et de taches pigmentées (fig. 144, v. p. 731); — maladie de Darier (v. p. 492 et fig. 68), mélange de pigmentations et de placards papulo-croûteux d'origine folliculaire affectionnant les plis cutanés; — sarcomes et épithéliomas pigmentaires et mélaniques où la pigmentation se mêle à des infiltrats néoplasiques de grande malignité (v. p. 648 et 657); — *acanthosis nigricans* (fig. 69 et p. 57) en relation presque constante avec un cancer viscéral (Darier), ce qui en fixe le pronostic. Les lésions de l'acanthosis sont *symétriques, régionales*, diffuses, sans limites arrêtées; elles envahissent la *nuque*, la *zone périanale et génitale*, puis l'aisselle, l'ombilic, la main, etc., la *langue* finit toujours par être prise. La peau est à la fois *noirâtre*, allant du brun fauve au gris ardoisé, et *rugueuse* parce que les plis, sillons et saillies normales de la peau se sont exagérés: ils arrivent à former des papillomes sessiles ou pédiculés. Dans la forme sans cancer viscéral (ou forme juvénile) la durée est indéfinie.

Restent des pigmentations avec ou sans achromie de cause inconnue, tel est le **vitiligo**. Le vitiligo est formé de plaques arrondies ou ovalaires de 1 à 30 centimètres, blanches, achromiques, entourées d'épiderme pigmenté

brun plus ou moins foncé; les poils sont blancs sur les plaques blanches. L'évolution est capricieuse. Toujours on doit rechercher l'étiologie syphilitique ou hérédosyphilitique (Pierre Marie et Crouzon).

Traitement général. — Se souvenant de la fréquence des étiologies complexes, on recherchera même dans les cas les plus évidents (masque de la grossesse, pigmentations solaires, etc.), les autres causes de pigmentations, et, dans les cas rebelles, on tentera le traitement pathogénique de ces causes, même si on ne les décele pas :

— Traitement gastro-intestinal et hépatique.

— Traitement utérin et ovarien.

— Traitement surrénal et thyroïdien par l'opothérapie.

— Traitement des troubles circulatoires, en particulier combattre la stase des membres inférieurs par une bande compressive.

— Traitement des troubles nerveux : hydrothérapie, électrisation, révulsion le long du rachis. Besnier recommandait dans le vitiligo les bains salins ou bromo-iodurés associés « à l'emploi interne prolongé du bromure de potassium » (?).

Prophylaxie. — Éviter les irritations cutanées : soleil, vent, grand air; porter des voilettes vertes ou bleues, des gants; ne pas aller en voiture découverte, au bord de la mer, en montagne. Essayer avant de sortir d'occlure les parties découvertes avec une pommade fluorurée (v. p. 680) ou de lotionner la figure avec :

Sulfate de quinine.	1 gr.
Antipyrine	1 gr.
Eau.	50 à 100 gr.

Ou :

Sulfate de quinine	1 gr.
Vaseline	50 à 10 gr.

Chez les prédisposés, il faut éviter de donner à l'intérieur

de l'arsenic, 606, etc., du nitrate d'argent et localement d'appliquer des irritants.

Traitement local. — Les traitements locaux proposés sont multiples, ce qui prouve leur fréquente inefficacité. Aussi est-il utile d'en connaître plusieurs, afin de pouvoir les varier et les appliquer successivement.

Premier degré : Le premier traitement à essayer est le suivant :

1° Lotionner matin et soir avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé de jus de citron, ou de :

Sublimé corrosif.	1 gr.
Sulfate de plomb	2 gr.
Sulfate de zinc	2 gr.
Eau distillée de rose.	200 gr.

ou :

Sublimé.	4 gr.
Sulfate de zinc	2 gr.
Acétate de plomb	3 gr.
Eau distillée.	250 gr.
Alcool	50 gr.

[HARDY]

ou :

Sublimé	0 gr. 15 à 0 gr. 30
Chlorhydrate d'ammoniaque.	0 gr. 30
Émulsion d'amandes	120 gr.

[BROcq]

ou :

Chlorhydrate d'ammoniaque.	} à à 4 gr.
Acide chlorhydrique à 1/10	
Glycérine.	30 gr.
Lait virginal	60 gr.

ou :

Sulfophénate de zinc.	4 gr.
Glycérine	60 gr.
Alcool à 90°.	30 gr.
Eau de fleurs d'oranger	60 gr.

ou :

Eau de rose	240 gr.
Acide chrysophanique	0 gr. 15
Sublimé	0 gr. 30
Alcool à 60°	150 gr.
Essence de bergamote	2 gr.
(Mélér et filtrer.) [Yvon]	

ou :

Sublimé	1 gr.
Résorcine	2 à 3 gr.
Eau	300 à 500 gr.
[Brocq]	

ou :

Eau oxygénée neutralisée, soit pure, soit étendue d'eau distillée bouillie.

2° Pendant la nuit appliquer :

Lanoline	20 gr.
Eau de chaux	35 à 5 gr.
Eau oxygénée	5 à 35 gr.
Sous-chlorure de bismuth	2 gr. 5
(Facultativement : sublimé. . . 0 gr. 05 à 0 gr. 10.)	

ou :

Acide salicylique	0 gr. 50 à 1 gr.
Calomel	1 à 3 gr.
Oxyde de zinc	15 gr.
Talc	15 gr.
Huile	15 gr.

ou :

Sublimé	0 gr. 25
Talc	} à 15 gr.
Oxyde de zinc	
Huile d'amande douce	

3° Dans le jour, appliquer ces pommades ou un fard blanc, couleur chair; pour calmer l'irritation, oindre la peau de cold-cream et poudrer.

Deuxième degré : Le traitement précédent, très simple et

qui ne répugne pas au malade, est souvent aussi actif que les traitements les plus compliqués. Lorsqu'il échoue, on peut tenter des traitements plus actifs.

Unna prescrit : 1° pendant la nuit, appliquer l'emplâtre de Vigo; 2° au matin, l'enlever et nettoyer avec l'eau de Louvain et étaler au pinceau :

Oxyde de bismuth	2 gr.
Amidon	2 gr.
Craie	4 gr.
Onguent de glycérine	10 gr.
Eau de rose	90 gr.

Besnier recommande : 1° de frictionner le soir avec du savon noir; 2° appliquer pendant la nuit une pommade faite de vaseline et d'emplâtre de Vigo à parties égales; 3° au matin, enlever cette pommade en lavant à l'eau chaude; 4° appliquer pendant le jour :

Vaseline	20 gr.
Carbonate de bismuth	} àâ 5 gr.
Kaolin	

Brocq ordonne : 1° frictionner matin et soir avec une solution aqueuse de sublimé au 1/500...1/300, si elle est tolérée, ou avec de l'eau oxygénée neutralisée; 2° appliquer pendant la nuit des rondelles ou bandelettes d'emplâtre de Vigo; 3° les enlever au matin, et faire disparaître les traces d'emplâtres, en frottant doucement la peau avec un tampon imbibé d'éther ou de cold-cream; 4° appliquer pendant le jour une pommade au sous-nitrate de bismuth couleur chair ou le fard blanc suivant :

Kaolin	4 gr.
Glycérine	4 gr.
Vaseline	10 gr.
Carbonate de magnésie	} àâ 2 gr.
Oxyde de zinc	

Troisième degré : Dans les cas rebelles de pigmentations diffuses, on a préconisé les cures d'exfoliation (v. acné, p. 359) : pommades au savon noir et résorcine, etc.

Kaposi fait appliquer des compresses imbibées d'une solution de sublimé au 1/100 pendant 3 à 4 heures. L'épiderme desquame ou se phlycténise; on panse avec une poudre inerte ou une pâte blanche.

Unna applique pendant 3 à 4 jours une pâte à la résorcine à 50 p. 100 : puis il enlève la pâte et recouvre d'une colle gélatinée (v. p. 311); au bout de quelques jours en arrachant ce masque on enlève l'épiderme ancien; le nouvel épiderme n'est pas pigmenté, mais ce traitement dit par écorchement, et très douloureux, n'empêche pas malheureusement la récurrence qui est presque de règle.

Au lieu de ces moyens énergiques qui conviennent aux pigmentations diffuses, on peut, pour les *taches petites isolées*, préférer les attouchements de chaque tache brune, avec une baguette de bois imbibée de :

— Collodion au sublimé 1/30 à 1/10.

— Collodion salicylique 1/20 à 1/10.

— Collodion résorciné 1/10 à 1/3.

— Collodion chrysophanique au 1/20 à 1/15, avec ou sans acide salicylique 1/40 à 1/20. — Ou mieux (Leloir) : 1° décapier pendant plusieurs jours avec une pommade salicylique au 1/40; 2° appliquer après savonnage, plusieurs couches d'une solution chloroformique d'acide chrysophanique au 1/10; puis après dessiccation, recouvrir de traumaticine; renouveler l'enduit quand il se détache (v. p. 235).

— Acide lactique concentré, pur ou étendu de trois volumes d'eau.

— Acides acétique, phénique, azotique, dilués de 1/10 à 1/2, par exemple :

Acide phénique	} à à 5 gr.
Glycérine	
Alcool absolu	

— Nitrate acide de mercure, etc.

Ces traitements « caustiques » doivent être essayés pru-

demment sur une tache, et étendus progressivement en les surveillant attentivement; on cesse dès que l'irritation est trop vive et on calme l'inflammation par une pâte à l'oxyde de zinc.

Ces traitements très actifs réussissent sur le moment, mais malheureusement la récidive est très fréquente; aussi faut-il recommander les lotions de sublimé, matin et soir, dès que les taches ont disparu, pour tenter d'enrayer leur réapparition.

On a encore proposé la photothérapie (?), etc.

*
* * *

NÆVI

Les nævi comprennent toutes les malformations cutanées, bénignes, circonscrites, congénitales ou d'origine embryonnaire, mais apparaissant plus ou moins tardivement même à l'âge adulte¹ et grossissant avec l'âge.

Nævi pigmentaires lisses (lentigo, grains de beauté, taches café au lait), pouvant aboutir à la lentiginose généralisée.

Nævi pigmentaires verruqueux mous, avec ou sans poils, avec ou sans pigmentation, parfois dits hypertrophiques, en raison de leur saillie.

Nævi verruqueux durs, cornés, gris plus ou moins noirâtres, petits ou grands, irréguliers nummulaires (fig. 173) ou en bandes zoniformes (fig. 174).

Nævi molluscoïdes : *molluscum pendulum* (petite tumeur arrondie, pédiculée), *fibrome molluscum* (masse saillante, plus ou moins volumineuse, molle, à base large ou pédiculée), *neurofibromatose* de Recklinghausen; *molluscum lipomatodes*, en raison de l'association d'infiltrations lipomateuses.

1. Gougerot. Nævi tardifs. Le terrain nævique, les causes occasionnelles, *Paris médical*, 1918, n° 35, p. 174.



FIG. 173. — Nœvus verruqueux pileux et pigmenté du front.
(Voir page 730).



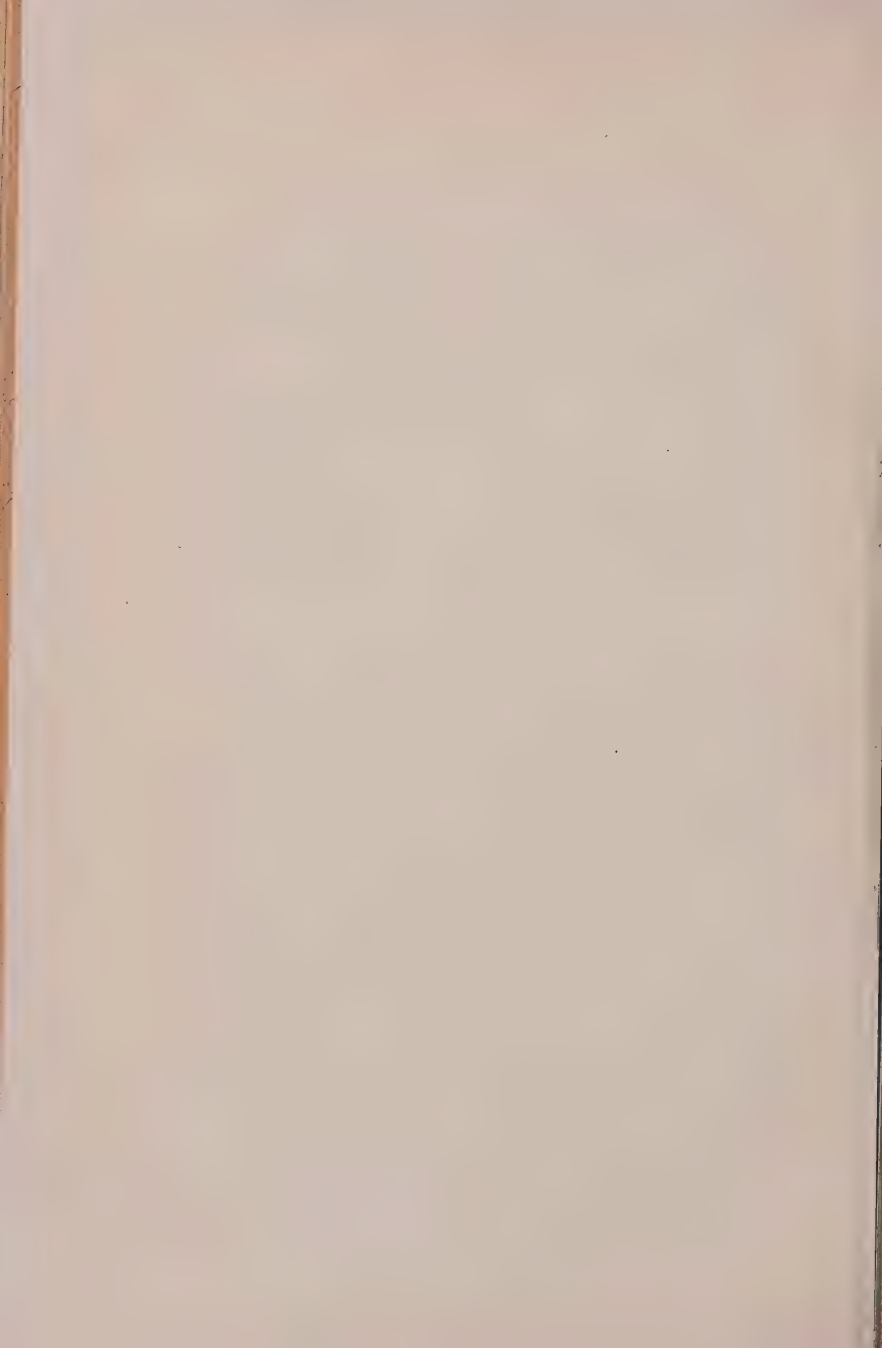
FIG. 174. — Nœvus verruqueux gris-blanchâtre, en stries et en bandes zostéristiformes. (Voir page 730).



FIG. 175. — Nœvus veineux multiples de la langue. (Voir page 731).



FIG. 176. — Nœvus de la langue : lymphangiome. (Voir page 731).



Nævi atrophiques formés d'une ou de plusieurs plaques d'atrophie cutanée.

Nævi vasculaires, rouges ou bleus, ponctués ou stellaires, plans lisses en nappe « tache de vin », ou tubéreux, saillants et caverneux, plus ou moins difformes. Sur la langue de la figure 175 les dilatations veineuses forment des saillies arrondies noirâtres ou bleuâtres, analogues à de petits grains de cassis.

Lymphangiomes (fig. 176) de formes très variables, irrégulières, diffus ou en plaques circonscrites, en bandes, etc.; le lymphangiome est formé par des vésicules de 1 à 4 et 6 millimètres, arrondies, transparentes, claires, perlées, isolées ou confluentes. Lorsqu'on pique l'épiderme aminci de ces vésicules, il s'écoule un liquide transparent, qui, au microscope, est de la lymphe; l'association de lymphangiome profond et des téléangiectasies rouges n'est pas rare. Il peut occuper n'importe quelle région cutanée, même les muqueuses : langue (fig. 176), etc.

Nævi glandulaires : Nævi formé de comédons groupés en plaques ou en bande, avec ou sans lésions « cicatricielles » de la peau; adenomes sébacés (v. p. 735), hidradénomes (v. p. 735), etc.

Les mélanges de diverses sortes de nævi sur un même sujet sont très fréquents : le nævus de la figure 173 est à la fois verruqueux, pileux et pigmenté. Le *xéroderma pigmentosum* et la *neurofibromatose de Recklinghausen* poussent au maximum cette tendance aux nævi :

La *neurofibromatose* (fig. 144) est caractérisée par un mélange : — de taches pigmentées, — de fibromes molluscum mous, indolents, petits ou gros, tantôt pédiculés, tantôt arrondis et sessiles, tantôt profonds (les plus gros aboutissent à la dermatolysie, aire de peau, ayant perdu son élasticité et formant des plis), — de névromes nodulaires

et d'hypertrophies des nerfs, dessinant des cordonnets, — souvent de déchéance physique et intellectuelle (P. Marie), — parfois de malformation : spina bifida, etc.; les nævi peuvent être rares au début, puis ils se multiplient progressivement, dépassant plusieurs centaines, envahissant même les muqueuses.

Dans le *xéoderma pigmentosum* (fig. 141), affection souvent familiale, les nævi existent dès la naissance (?)¹, ou apparaissent dès les premiers mois et se multiplient les années suivantes, frappant presque uniquement la face et parfois les autres parties de la peau exposées au soleil et à l'air. Le xéoderma est formé par un mélange — de *taches pigmentées* (lentigo), précédées ou non de taches érythémateuses (1^{er} degré), — d'amincissement de la peau qui devient sèche, rugueuse, desquamante, aboutissant çà et là à des *aires cicatricielles blanches* — et de *télangiectasies* (2^e degré), d'où un aspect bariolé, caractéristique. En se rétractant, la peau détermine de l'ectropion, de l'atrésie de la bouche, etc. Enfin sur ce terrain apparaissent des *plaques hyperkératosiques*, qui souvent deviennent *épithéliomateuses* (on les traitera par la radiothérapie massive ou par la destruction ignée). Le pronostic est très grave, car il est rare que les jeunes malades dépassent douze à vingt ans.

L'hérédo-syphilis est souvent cause des nævi (Gaucher), les tares intellectuelles sont fréquentes chez les porteurs de nombreux nævi.

Les nævi peuvent être source de cancer : nævocarcinomes et lentigo malin aboutissant à l'épithélioma mélanique (v. p. 648), xéoderma pigmentosum dégénérant en épithéliomas souvent multiples (v. fig. 141), maladie

1. Nous croyons qu'il y a dans le xéoderma un terrain nævique prédisposant, mais que la cause efficiente est la lumière; en effet le xéoderma est tout à fait comparable à une radiodermite; d'où un traitement pathogénique.

de Recklinghausen dégénérant en sarcome ou gliome cérébral, etc.

Le **traitement** varie suivant la grandeur, l'épaisseur, la variété du nævus :

Les **procédés de choix** sont le *Radium* (ou à défaut la radiothérapie), qui donne une guérison souvent sans cicatrice associée ou non à l'électrolyse négative (Ledoux-Lebard); — la *neige carbonique* ou *l'air chaud*, qui laissent des cicatrices, mais presque toujours fines et très esthétiques; — le galvanocautère.

On a pu employer encore : — l'ablation avec suture; — le raclage; — la vaccination avec ou sans cautérisations, et même la pustulation au moyen d'emplâtre contenant 15 p. 100 de tartre stibié, ou de collodion au sublimé 5 à 15 p. 100; — la pâte de Vienne, que l'on applique en couche très mince, 2 à 3 minutes seulement; — le chlorure de zinc à 5 p. 100; — la vésication par l'ammoniaque liquide, puis badigeonnages répétés de perchlorure de fer.

Certaines indications spéciales ont été données :

Sur les nævi pigmentaires, on a recommandé, matin et soir, des badigeons d'eau oxygénée qu'on laisse sécher, puis application d'emplâtre à l'oxyde de zinc salicylé (v. p. 728).

Sur les nævi vasculaires, on a essayé : — la compression prolongée, par pelote et bandage ou par application de collodion renfermant 10 p. 100 d'extract fluide d'hamamélis; — le collodion riciné contenant 5 à 10 p. 100 de chlorure de zinc qui produit une escharre en 24 ou 48 heures; on enlève alors le collodion et on panse avec une pâte à l'oxyde de zinc; l'escharre tombe en une huitaine de jours. S'il reste des placards télangiectasiques, il faudra, pendant 48 à 72 heures, appliquer une couche du mélange : acide arsénieux, soufre précipité aa 4, cérat 92, que l'on recouvre d'une bande compressive.

*
* * *

NODOSITÉS INESTHÉTIQUES

MOLLUSCUM CONTAGIOSUM (fig. 177) : Affection microbienne contagieuse auto-inoculable, le molluscum contagiosum est souvent méconnu, quoique facile à reconnaître. Les lésions multiples peuvent siéger partout; ce sont de petits nodules de 1 à 5 millimètres, hémisphériques, ombiliqués au centre, varioliformes (fig. 177), gris, demi-translucides ou blanc rosé. En grattant avec une curette, on arrache des granules mûriformes, gris translucides. Parfois les molluscum se pédiculisent; traumatisés, ils se recouvrent d'une croûte.

Le traitement est l'énucléation à la curette, opération presque indolente, ou l'expression à la pince, suivie de cautérisations à la teinture d'iode ou au chlorure de zinc à 2 p. 100. Des lotions bi-quotidiennes à l'alcool camphre prépareront et consolideront ce traitement.

MILIUM (fig. 178) : Le milium (ou grutum) est formé par des grains cornés, arrondis, blancs de 0^{mm}2 à 1^{mm}5, torpides, indolents, inclus dans l'épiderme qu'ils soulèvent. Isolés les uns des autres, mais presque toujours nombreux, ils siègent sur le visage, parfois sur les organes génitaux. Le seul traitement est de les extirper en déchirant, avec une aiguille, l'épiderme qui les recouvre; on énuclée ainsi une petite perle blanche, nacrée, cornée; on peut cautériser l'éraillure épidermique produite avec de la teinture d'iode.

HIDROCYSTOME (fig. 179) : L'hydrocystome est constitué par de petits kystes séreux, sans doute sudoripares, de 2 à 8 millimètres, multiples, saillants sous l'épiderme, tendus et durs; à leur sommet l'épiderme aminci est tendu, brillant, clair, un peu bleuâtre. Piqués, ils laissent sourdre une goutte claire. Leur siège de prédilection est à la face.

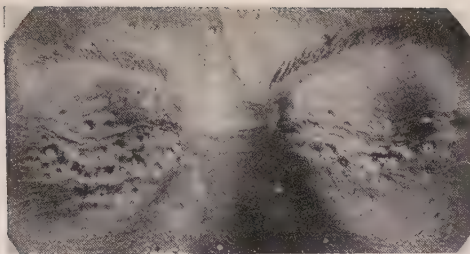


FIG. 177. — Molluscum contagiosum. (Voir page 734).

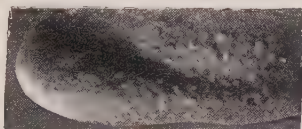


FIG. 178. — Milium rétro-auriculaire. (Voir page 734).



FIG. 179. — Hydrocystome. (Voir page 734).



FIG. 180. — Hidradénome éruptif. (Voir page 735).

Ils sont surtout marqués en été. Le traitement consiste en scarification ou galvanocautérisation.

HIDRADÉNOME (fig. 130) : L'hidradénome, qui apparaît entre dix et vingt ans, crible les parties supérieures du thorax, le cou, rarement la face, de papules ovalaires, plus ou moins nombreuses, incolores ou rose pâle ou jaunâtres, de 1 à 5 millimètres de diamètre, peu saillantes, souvent peu visibles, non dures. L'affection est si peu gênante qu'il vaut mieux ne pas la traiter : le traitement consisterait en électrolyse ou galvanocautérisation.

DÉGÉNÉRESCENCE COLLOÏDE DU DERME : Cette dermatose, d'origine inconnue, forme sur les parties découvertes de petites élevures de coloration brillante et citrine, grosses comme une tête d'épingles, dures, solides, isolées ou conglomérées, indolentes, torpides, faciles à extirper avec la curette, ce qui est le meilleur traitement.

ADÉNOMES SÉBACÉS (fig. 139) : Les adénomes sébacés forment des nodosités innombrables de 1 à 8 millimètres, criblant les sillons nasogéniens et leur pourtour, la racine du nez et le front, le menton, quelquefois le pourtour du conduit auditif, le cuir chevelu. Dans le type Balzer-Ménétrier, les nodules *blancs* apparaissent dans la seconde enfance, surtout chez des jeunes filles, augmentent peu à peu et durent indéfiniment. Dans le type Pringle, les nodules sont *rouges*, mous et télangiectasiques, ils sont visibles dès la naissance. Dans le type Hallopeau-Leredde ou *nævi vasculaires verruqueux*, les nodules sont durs, fibreux, plus ou moins saillants, souvent télangiectasiques. L'association est fréquente avec la séborrhée et l'acné vulgaire, ce qui pourrait entraîner à méconnaître l'adénome qui se cache derrière ces affections banales.

Les adénomes sébacés non symétriques disséminés sans ordre, siègent surtout sur le cuir chevelu, sur le front...; grands de 1 à 5 millimètres, blanc jaunâtre, comme les

xanthome, ils sont parfois déprimés au centre et vaguement lobulés à la périphérie, ils ne sont pas énucléables comme le seraient des grains de milium.

Le traitement consistera en radiumthérapie ou en galvanocautérisation.

KYSTES : Le kyste sébacé (ou tanne), développé dans la cavité ou le canal excréteur d'une glande sébacée et dont l'orifice est marqué par un gros comédon, les kystes sébacés épidermiques (ou loupe du cuir chevelu), le kyste dermoïde rempli de sébum, de poils, etc., et qui siège surtout vers la queue du sourcil, les kystes épidermiques traumatiques de la paume des mains, les kystes séreux synoviaux, relèvent plutôt du domaine chirurgical; leur traitement est l'injection de quelques gouttes de formol diluées au 1/10, ou l'exérèse. Mais parfois ces affections intéressent davantage le dermatologiste, car en s'enflammant, elles peuvent simuler une gomme syphilitique (voir *Traitement de la syphilis*, p. 319), et même un cancer avec adénopathie.

*
* *

CHÉLOÏDES

La chéloïde (fig. 49) est tantôt dite spontanée, quand on n'en connaît pas l'origine; tantôt et plus souvent elle apparaît secondaire à une plaie banale, à une irritation quelconque, minime, chez des prédisposés, à de l'acné du cou ou du dos, au vaccin, à des lésions tuberculeuses, syphilitiques, etc. La chéloïde est donc un syndrome : un fibrome dermique d'aspect spécial. Le terrain tuberculeux est l'un des facteurs prédisposants les plus importants. au point que l'on doit chercher la tuberculose chez tous les porteurs de chéloïdes dites spontanées¹.

1. Gougerot et Lamy, Chéloïde et tuberculose. *Gazette des*

La peau s'épaissit, s'indure, le fibrome devient bientôt saillant de 3 à 15 millimètres au-dessus de la peau; il est rouge, tendu, nettement délimité par un bord de profil arrondi, mais irrégulier de contour, poussant des sortes de prolongement en pince d'écrevissé ($\gamma\eta\lambda\eta$ = pince d'écrevisse) (fig. 49); ces prolongements débordent la cicatrice, s'il en existait une, et cette extension distingue la chéloïde des cicatrices hypertrophiques fibreuses; l'épiderme, tendu et lisse, laisse transparaître des capillaires dilatés; la masse dermique est d'une dureté cartilagineuse et glisse avec la peau sur les plans profonds; la douleur est constante, souvent très vive. Le développement est lent. Au bout de plusieurs années la chéloïde s'arrête. Parfois elle régresse spontanément en laissant une cicatrice blanche, mince, atrophique.

Traitement. — Le traitement de choix est la radio ou radiumthérapie : « 3 à 4 H. tous les 21 jours, 7 à 8 Benoist filtrés sur 1 millimètre d'aluminium pendant 3 à 4 mois » (Ledoux-Lebard)¹, et, si elle ne suffit pas, l'ablation chirurgicale, suivie, le lendemain, d'une séance de radiothérapie de 5 H. et de deux autres doses de 5 H. à 15 ou 21 jours d'intervalle; ce procédé, que nous avons proposé le premier avec Noiré, en 1906, est le plus radical, alors que l'ablation sans irradiation est suivie d'une récurrence plus disgracieuse que la première chéloïde.

On peut adjoindre les injections sous-cutanées de 2 cen-

Hôp., 1^{er} sept., 1908, n° 99, p. 1179. Gougerot et Laroche, Chéloïde expérimentale. *Soc. Biol.*, 24 oct. 1908, p. 352.

1. Albert Weil fait de mois en mois, 2 à 4 séances de fortes doses de rayons très durs à travers un filtre d'aluminium de 4 millimètres et mesurées après le filtre « tube Coolidge réglé de façon à avoir une étincelle équivalente de 24 à 26 cm., alors qu'il supporte IMA, 8 ou 2 milliampères ». La première dose fait « virer la pastille Bordier de la teinte I à la teinte III ». Les séances suivantes sont de 10 H.

Lorsqu'il fait l'exérèse, il irradie avant l'ablation.

timètres de fibrolysine en solution aqueuse à 20 p. 100 tous les deux jours.

En l'absence de radiothérapie, on essaiera les injections tous les jours de 0,1 à 5 cm³ d'huile créosotée : créosote purifiée par distillation à 200-210°, 10 grammes dans 15 cm³ d'huile d'olive pure et stérile, lavée à la lessive alcaline (P. Marie, Lesieur), les injections sont faites dans le derme au-dessous de la chéloïde mais non dans le tissu chéloïdien lui-même.

Les anciens procédés : — emplâtre de Vigo, emplâtre ichthyolé, emplâtre rouge, emplâtre à l'acide chrysophanique alternés, par périodes de 8 jours, — scarifications linéaires, quadrillées, profondes, associées aux emplâtres, — électrolyse, etc., donnaient des résultats incomplets, lents et pénibles; or il faut éviter d'irriter les chéloïdes, car on risquerait d'exagérer leur développement.

CICATRICES ET ATROPHIES CUTANÉES (Vergetures, etc.)

Les cicatrices ou atrophies cutanées comprennent les faits les plus disparates (fig. 164 et 165). Le diagnostic du symptôme est facile : la peau est amincie, sans que l'épiderme paraisse autrement lésé, sa teinte est grisâtre, rose ou bleuâtre; le doigt sent, à travers l'épiderme aminci et plissé, l'hypoderme mou; il s'y ajoute souvent des téléangiectasies et des petites varices. Mais le diagnostic étiologique est souvent très difficile; même lorsqu'on le fait, il est malheureusement bien rare qu'il comporte des conséquences thérapeutiques, aussi ne citerons-nous que les faits importants en pratique.

— 1° *Atrophies plus ou moins généralisées, secondaires aux dermatoses graves* : dermatites exfoliatrices (v. p. 320), pityriasis rubra grave de Hébra (v. p. 321), pemphigus foliacé (v. p. 266), pemphigus congénital (v. p. 254), sclérodermie

généralisée (v. p. 693)... Pour ces deux dernières affections seulement, on peut espérer sauver le malade (v. p. 695).

— 2° *Atrophies diffuses « idiopathiques »* (?) : dermatitis-atrophicans de Kaposi, érythromélie de Pick ou acrodermatite chronique atrophiante d'Herxheimer. L'atrophie envahit d'abord les extrémités : faces dorsales des mains et des pieds, faces d'extension des coudes et des genoux, elle progresse de la périphérie vers le centre, épargnant d'ordinaire les cuisses et les bras. L'atrophie apparaît d'emblée ou après une infiltration rouge scléro-œdémateuse ferme. L'atrophie est définitive.

— 3° *Atrophies circonscrites en plaques rondes, secondaires à des processus de cause connue* : lupus érythémateux (v. p. 544 et 550) et tuberculides (v. p. 568)¹, syphilides, lèpre : morphée lépreuse (v. p. 571 et fig. 100), folliculites décalvantes (v. p. 407 et fig. 43), sycosis lupoïde (v. p. 408), favus (v. p. 620) épithéliome plan cicatriciel (v. p. 646 et fig. 136), xéroderma pigmentosum (v. p. 732 et fig. 141), radiodermite (v. p. 681 et fig. 155, 156), etc.; — *ou de cause inconnue ou discutée* : lichen plan atrophique (v. p. 281), parapso-riasis (v. p. 40), dermatosclérose des jambes variqueuses, sclérodermies et hémiatrophie faciale (v. p. 693), dégénérescence sénile... Il faut donc chercher toutes ces causes et les traiter.

— 4° *Atrophies « primitives » en plaques dites « essentielles »* (!) parce que nous ignorons leur cause : par exemple, l'anétodermie érythémateuse de Jadassohn, qui commence par des disques rosés ou rouges, est de nature indéterminée. Lorsque l'examen clinique ne révèle rien, il faut : — penser à la syphilis, surtout si les atrophies sont petites, rondes, multiples, disséminées sur le thorax

1. L'atrophie régionale de la vulve dite *kraurosis vulvæ* est tantôt tuberculeuse, tantôt et plus souvent syphilitique, surtout lorsqu'il s'y ajoute des taches leucoplasiques (v. *Traitement de la syphilis*, p. 569).

(v. *Traitement de la syphilis*, p. 289 et fig. 64 de la planche 28), faire une réaction de Wassermann, et au besoin recourir au traitement iodomercurel, — songer à la tuberculose, surtout s'il s'agit de plaques peu nombreuses et grandes, faire une cutiréaction et tenter un traitement reconstituant : arsenical, iodotannique, glycér phosphates, huile de foie de morue, etc., — essayer enfin d'un traitement opothérapique thyroïdien. Par exemple, les deux cas personnels des figures 164 et 165, représentent des atrophies d'origine tuberculeuse : chez la première malade on ne vit aucun érythème préliminaire, aucune autre lésion, les plaques symétriques arrondies étaient blanches, violacées, un peu saillantes, par hernie de l'hypoderme que contenait mal le derme atrophie, le bord était marqué par un liséré rose violacé (fig. 165) (*Soc. Dermatol.*, nov. 1905); chez la seconde, au contraire, une jeune lupique, les plaques d'atrophie irrégulières de forme, inégales, étaient tachetées de quelques tuberculides maculo-squameuses et de rares grains lupiques (fig. 164) (*Soc. Dermatol.*, fév. 1912, p. 66).

Le traitement local est aléatoire; on a essayé, sans succès démontré, de tous les moyens : galvanocautère, etc.

— 5° *Dermatolysie* : la peau, présentant une extension anormale, forme un ou plusieurs plis qui tendent à tomber, entraînés par leur propre poids. L'ablation est le seul traitement efficace.



XANTHOMES OU XANTHÉLASMA

Dépôt intradermique de substances grasses et de cholestérine, le xanthome a des aspects variables : tantôt il est *plan*, formant des taches de 2 à 20 millimètres, jaune chamois, recouvertes d'épiderme normal, à bords nettement

arrondis, indolentes, surtout fréquentes aux paupières (fig. 172). Tantôt il est élevé, saillant, *tubéreux*, formant des nodosités jaunes. Tantôt il mérite le nom de *xanthome en tumeurs*, les tumeurs sont sessiles ou pédiculées, surtout fréquentes aux points de pression : genoux, coudes.

Les xanthomes doivent toujours appeler l'attention sur le foie (Gilbert), faire rechercher une hypercholestérimie (Chauffard, Laroche et Grigaut) ou le diabète (Addison). Les « pseudo-xanthomes élastiques » dues à la dégénérescence colloïde des fibres élastiques, le simulent de tous points, mais l'erreur de diagnostic n'a heureusement aucune conséquence, le **traitement local** restant le même : raclage, ou radio et radiumthérapie; parfois galvanocautérisation; collodion à 10 p. 100 de sublimé.

Le traitement général sera dicté par l'examen complet du malade : corriger les troubles hépatiques, diabétiques, appliquer un régime hypocholestérinique.



TATOUAGES

Différents procédés de détatouages ont été proposés, tous imparfaits, parce qu'ils laissent une cicatrice et que cette cicatrice peut devenir chéloïdienne : le malade doit en être prévenu et accepter par écrit les risques de l'intervention :

— Destruction au galvano ou au thermocautère, ou mieux à l'air chaud (Vignat).

— Ablation chirurgicale avec ou sans autoplastie.

— Electrolyse.

— Caustiques chimiques : Variot badigeonne avec une solution aqueuse de tannin, fait des piqûres fines, serrées comme s'il voulait retatouer; puis il passe et repasse le crayon de nitrate d'argent jusqu'à ce que les piqûres deviennent noir foncé. Il essuie. Les jours suivants on calme l'irritation et on favorise la chute de l'escharre et la

cicatrisation. Darier scarifie, puis cautérise au phénol pur. Brunet détermine la vésication de l'épiderme avec une application d'ammoniaque pendant quinze minutes, il arrache l'épiderme soulevé, anesthésie à la cocaïne, puis frotte les points tatoués avec le crayon de nitrate.

*
* * *

ALOPÉCIES : PELADE

L'alopécie est la perte partielle ou généralisée des cheveux ou des poils. Elle n'est qu'un symptôme commun à de nombreuses affections et relève de causes multiples souvent inconnues. Le diagnostic du symptôme alopécie est évident, il suffit de regarder le cuir chevelu en soulevant méthodiquement les longs cheveux raie par raie. Au contraire le diagnostic de cause, qui serait d'importance majeure pour le traitement, échappe trop souvent; il faut pourtant le tenter. On élimine d'abord les causes faciles ou tout au moins possibles à reconnaître :

— *Alopécie par dermatoses graves, plus ou moins généralisées*, mais parfois localisées au début au cuir chevelu : eczéma, lichen, herpétides malignes exfoliatrices et pityriasis rubra grave, érythèmes scarlatiniformes, pityriasis rubra-pilaire, pemphigus, psoriasis, mycosis fongoïde, etc., l'alopécie n'est qu'un symptôme d'un tout complexe.

— *Alopécie par frottement*, surtout chez les nourrissons, dessinant une bande horizontale sur l'occiput; alopécie par pression des peignes, des postiches, des chapeaux, etc.

— *Alopécie par grattage*; les poils sont cassés, usés par les frottements.

— *Alopécie par trichotillomanie* (ou mieux tic de l'épilation de Raymond) *et par simulation*. Sans qu'il y ait forcément prurit, le malade, enfant ou adulte, s'épile avec les doigts; les plaques ont une configuration bizarre, les poils

y sont de différentes longueurs, mais tous sont sains, ni fragiles, ni cassés, leur adhérence est normale, la peau est normale, non ivoirine.

— *Alopécie par lésion du poil : kératose pileaire* (v. p. 703).

— *Trichoptilose* : Le cheveu plus ou moins sec se fend à son extrémité ou latéralement. Le traitement aléatoire consiste à graisser le poil, à le couper au-dessus de l'éclatement, à user de lotions excitantes. — *Monilethrix ou aplasie intermittente*. Les cheveux sont atteints de rétrécissements nombreux et successifs et deviennent fragiles, lanugineux, la kératose pileaire associée n'est pas rare. — *Trichorrexis nodosa*. Les cheveux trop secs présentent çà et là des renflements où les fibrilles du poil s'effritent et se brisent. Le traitement se borne à antiseptiser par une lotion au sublimé, et surtout à regraisser les cheveux. On réduira donc les savonnages et on coupera les cheveux au-dessus des nodosités. On a recommandé aussi de raser la barbe.

— *A. par cicatrices traumatiques*, de formes irrégulières et définitives.

— *A. par rayons X*, dont le diagnostic se fait par les commémoratifs ou les lésions associées de radiodermite chronique (v. p. 682 et fig. 155).

— *A. par cicatrices de pyodermite* : folliculites, furoncles, impétigo, acné pileaire cicatricielle, sycosis lupoïde (v. p. 408), acné. Les plaques sont rondes, très petites, de 3 à 5 millimètres, rarement davantage, multiples et souvent très nombreuses. Parfois pourtant à la suite d'un furoncle, elle peut atteindre 30 à 40 millimètres. Au centre de la plaque persiste la cicatrice du furoncle. Il s'y mélange des lésions en activité ou croûteuses. Il faut en rapprocher les pseudo-pelades, alopecies à plaques multiples très petites de 4 à 10 millimètres, cicatricielles, définitives, dérivant de pyodermites méconnues (v. p. 407).

— *Alopecies dues aux teignes* (v. p. 620); cicatrice du *favus* (v. p. 621).

— *Alopécies dues à des affections viscérales* : gastriques, hépatiques, etc., ou nerveuses : alopécie diffuse, mais localisée au côté atteint de névralgie, etc.

— *A. de la syphilis secondaire* : alopécie en clairière (v. *Traitement de la syphilis*, p. 262). *A. des tuberculoses et des consommations* : chlorose, diabète, cancer, etc. *A. de lèpre*, etc.

— *A. des infections aiguës* : Fièvre typhoïde, érysipèle, scarlatine, etc., alopécies consécutives à l'accouchement, aux opérations, aux grands traumatismes, etc. L'alopécie est rapide; elle n'est pas totale et absolue comme dans les pelades : de longs cheveux prêts à tomber sont mélangés avec des duvets qui repoussent. L'alopécie est diffuse à tout le cuir chevelu et non localisée en plaque comme dans la pelade.

— *A. des intoxications* : mercurielle, arsenicale et surtout acétate de thallium où l'alopécie est suraiguë diffuse généralisée sans lésion du cuir chevelu.

— *Alopécie sénile* qui commence par le vertex et *A. prématurée idiopathique* (?) progressive de l'adulte analogue aux suivantes :

— *A. du pityriasis simplex, des pityriasis stéatoïdes et de la séborrhée* débutant par le vertex et les parties latérales du front.

— *A. par lésions destructives* : Syphilides tertiaires, lupus érythémateux (v. p. 541), sclérodermies (v. p. 694), vitiligo (v. p. 724), tumeurs, nævi, verrues, etc.

— *A. par troubles glandulaires* : myxoédème et hypothyroïdie, hypo-ovarie, etc.

Ces faits éliminés, il reste des alopécies de causes inconnues ou très discutées : — telle la *pelade* qui, pour les uns, est microbienne contagieuse (Gaucher), pour les autres est une tropho-névrose ; — telles les *alopécies par auto-intoxications* (?), *par troubles viscéraux* : « *par dystrophies* » (?) : anémie, diabète, etc.

PELADE. — Tantôt la pelade forme une plaque unique qui peut siéger non seulement au cuir chevelu, mais dans toutes les régions pileuses; tantôt elle essaima de plaques multiples, distinctes ou confluentes; tantôt elle est généralisée, allant jusqu'à dépiler *tout* le tégument. La dépilation se produit en quelques jours sur chaque point.

La plaque est arrondie, de 1 à 10 centimètres de diamètre, l'épiderme est blanc, décoloré, lisse et brillant « ivoirin », le plus souvent déprimé, parfois au contraire épaissi, « pseudo-œdémateux », les cheveux manquent ou sont rares. Les poils sont tantôt cassés à 1, 2 millimètres, faciles à arracher (pelades pseudo-tondantes), tantôt longs de 3 à 6 millimètres plus larges et plus colorés à leur extrémité qu'à leur base (poil peladique en point d'exclamation), effrangés ou coupés net en biseau; tantôt ils sont décolorés et amincis. Ces cheveux vus à la loupe ont un bulbe plein, atrophié, effilé ou informe, décoloré, et non le bulbe creux d'un poil vivant. Le bord des plaques est moins net qu'on ne le croirait et l'on y trouve des poils malades; lorsque la plaque doit encore grandir, les orifices pilo-sébacés peuvent être dilatés, séborrhéiques. A la palpation, la peau semble amincie; dans la plupart des cas, elle a perdu son élasticité et se laisse plisser facilement. Des lésions unguéales, d'ailleurs différentes d'aspect, sont souvent associées à la pelade.

La marche, la durée, le pronostic sont très variables; les poils repoussent, souvent blancs, mais noirciront plus tard. Les *récidives* sont fréquentes.

Toutes les étiologies sont possibles, mais non démontrées: troubles trophiques, réflexes, infections, etc. En pratique il faut donner au malade le bénéfice de ces hypothèses même si l'on n'y croit pas, et devant une pelade ou toute autre alopécie de cause inconnue, il faut rechercher traiter, le cas échéant — une intoxication: diabète, etc., — une intoxication médicamenteuse, — le nervosisme, — les

réflexes nerveux à point de départ dentaire (on sait quelle importance Jacquet attachait à la remise en état de la dentition), à point de départ nasal auriculaire (ablation d'un bouchon de cérumen), etc., — les troubles viscéraux, en particulier les troubles gastro-intestinaux, utéro-ovariens qui nous semblent avoir la plus grande importance, bien que nous ne puissions le démontrer — les troubles généraux : anémie, chlorose, etc. Et souvent (est-ce coïncidence heureuse, est-ce vraiment rapport de cause à effet ?) en supprimant ces réflexes ou ces troubles viscéraux, on a la satisfaction de voir l'alopecie guérir.

En pratique, il faut, puisqu'il y a doute, prendre des mesures prophylactiques contre la contagion, exiger que le peladique ait ses objets personnels : chapeau, peigne, etc. Toutefois on n'est pas en droit de refuser à l'enfant peladique un certificat qui lui permette de fréquenter l'école : ainsi en a décidé le conseil d'hygiène et de salubrité de la Seine. A l'exemple de Gaucher qui est partisan de la théorie microbienne de la pelade, les contagionnistes eux-mêmes pourront délivrer un certificat en le libellant comme suit :

« Je soussigné, certifie que le jeune X... est atteint d'une affection du cuir chevelu qui, d'après le conseil d'hygiène et de salubrité du Département de la Seine, n'est pas contagieuse et n'empêche pas la fréquentation de l'école. »

Traitement des alopecies. — Le traitement sera à la fois **étiologique** : cures antisypilitiques, antiséborrhéiques, suppression des lésions dentaires, etc., et **symptomatique**. Alors que le traitement étiologique varie suivant chaque cause, le traitement symptomatique est le même pour toutes les alopecies : il tend à exciter la repousse du poil par une excitation locale.

On peut prendre pour exemple une pelade rebelle :

1° *Rechercher et traiter toutes les causes possibles* : lésions dentaires, nasales, troubles gastro-intestinaux, utéro-ovariens, génito-urinaires, thyroïdiens, etc., et surtout ner-

veux..., par l'hydrothérapie froide, les douches sulfureuses chaudes, l'électrisation, la cure d'altitude, des cures hydro-minérales à Nèris, Plombières, etc. On fera donc un examen complet du malade, on corrigera tous les troubles constatés et les fautes d'hygiène; on remontera, s'il y a lieu, l'état général : cure à La Bourboule, injection de cacodylate de soude, ingestion de glycéro-phosphates; séjour à la mer ou à la montagne, gymnastique, etc. On tentera systématiquement une cure opothérapique : thyroïdienne ou thyro-ovarienne. On fera bien de pratiquer une séro-réaction de Wassermann, etc.

2° *Exiger une bonne hygiène du cuir chevelu* : laisser la tête nue, brossage et peignage dans le sens de l'implantation (et non par exemple coiffure « en brosse »); soins variables suivant l'état du tégument (voir Pityriasis, p. 368, Séborréc, p. 337); savonnage au savon de goudron deux fois par semaine le soir, puis regraissage des cheveux le lendemain matin s'il y a lieu, avec une lotion alcool huileuse (v. p. 338) ou une émulsion (collosol). Il n'est pas pratique de couper les cheveux courts, ce que voudraient certains auteurs; au contraire, le peladique devra porter les cheveux longs pour cacher les plaques alopéciques; l'utilité de couper les cheveux n'étant nullement démontrée, on ne peut exiger des malades ce sacrifice.

3° *Exciter la repousse des cheveux*. — Tous les matins (ou tous les soirs, ou même deux fois par jour) le malade fera une friction du cuir chevelu avec une lotion excitante. Les mixtures excitantes sont de divers types : alcool camphré, eau sédative de Raspail, mélanges suivants :

A base de formol ou de quinine :

Formol.	0 gr. 50 à 2 gr.
(Acide acétique.	1 à 4 cm ³)
Alcool	200 gr.
Alcoolat de romarin	50 gr.
(Teinture de cantharide.	10 gr.)

A base d'acide :

Acide chlorhydrique (acide salicylique)	1 à 3 gr.
Alcoolat de citron	150 gr.
Alcool à 90°	150 gr.
Facultativement coaltar saponiné et liqueur d'Hoffmann aa 50 cm ³	

A base de sublimé :

Sublimé	0 gr. 60
Huile de ricin \	1 gr. 20
Acide acétique	3 gr.
Alcoolat de lavande	150 gr.
Alcool à 90°	450 gr.

On peut ajouter :

Formol	0 gr. 20
Résorcine	6 gr.
Hydrate de chloral	12 à 24 gr.
Teinture de cantharide	15 à 60 gr.
Teinture de jaborandi	30 à 90 gr.

[GAUCHER]

Ou :

Naphtol β	0 gr. 10
Sublimé	0 gr. 20
Résorcine	} aa 0 gr. 10
Chlorure d'ammonium	
Hydrate de chloral	
Alcoolat de lavande	100 gr.

[DARIER]

A base de pilocarpine :

Chlorhydrate de pilocarpine	0 gr. 50
Alcool à 80°	80 gr.
Rhum	} aa 10 gr.
Alcool camphré	
Glycérine	5 gr.

On peut ajouter :

Teinture de cantharide	5 gr.
Essence de santal	} aa V gouttes
Essence de Wintergreen	

[BROCQ]

A base d'ammoniaque :

Verser dans un verre d'eau de feuilles de noyer :

Ammoniaque liquide. 1 à 3 cuillerées à café

Rhum. 3 à 9 cuillerées à café

Facultativement coaltar saponiné
et alcool camphré à 3 cuillerées à café.

Ou :

Alcool camphré 100 gr.

Essence de térébenthine. 15 gr.

Ammoniaque. 5 gr.

(Lotion de l'hôpital Saint-Louis)

1^o *Révulsion*. — Toutes les fois que l'état de l'épiderme le permet, le soir deux fois par semaine (ou le matin avant la lotion excitante), on a intérêt à irriter le cuir chevelu. Tout a été tenté : — brossage avec une brosse rude ; piquetage avec une brosse à dents dures ; — frictions au gant de crin avec un alcoolat : hydrate de chloral, 5 ; éther, 25 ; acide acétique, 1 à 3. — badigeon de teinture d'iode pure, ou diluée d'alcool ou additionnée de 5 à 10 p. 100, d'acide acétique et même acide acétique pur ; — acide phénique, teinture d'iode, hydrate de chloral, alcool à 60°, à parties égales, diluer, si besoin, avec 3 parties d'alcool à 60° ; — acide lactique, 10 à 100 p. 100 ; — vésicatoires camphrés que l'on enlève dès que l'épiderme se plisse et se clive ; vésicatoire liquide de Bidet ; — savon de potasse ; — pommade 7 à 10 p. 100 de chrysarobine, etc.

5^o *Modifier le cuir chevelu*, le soir, par des pommades, lotions ou poudre soufrées, contenant 5 à 10 p. 100 de soufre, que le malade conserve la nuit :

Baume du Pérou.	} à 1 à 2 gr.
Acide salicylique.	
Résorcine.	

Soufre précipité lavé. 5 à 10 gr.

Eau et lanoline à 50 gr.

(Facultativement : goudron 10 gr.)

Teinture de cantharide 1 gr.

ou chlorhydrate de quinine et c. de pilocarpine à 1 gr.)

Ou :

Camphre	1 gr.
Turbith minéral.	2 gr.
Axonge	30 gr.

Au matin, nettoyer la plaque enduite de pommade avec un tampon imbibé de liqueur d'Hoffmann, et faire une application de lotion excitante.

On ne négligera pas le massage local (Jacquet), les effluves de haute fréquence, les implantations de poils vivants, des sourcils par exemple, en brisant le bulbe pileux et, par exception, on pourra recourir à la finsentherapie et même à la radiothérapie : 2 H. de rayons peu pénétrants.

Du reste, ce traitement local doit varier, car il semble que le malade finisse par s'accoutumer à une médication. Lorsque les poils follets repoussent, il est classique de recommander de les épiler, afin de faciliter la repousse de poils plus gros et plus colorés. Mais est-ce exact ?

HYPERTRICHOSE

Le développement anormal des poils, quelquefois général, est, le plus souvent, localisé à certaines régions : lèvre supérieure, menton, joues, thorax, etc. Ces hypertrichoses préoccupent vivement les jeunes filles au moment ou après la puberté et les femmes vers la ménopause, parfois jusqu'à l'obsession.

Le traitement peut parfois viser les causes : corriger des troubles utéro-annexiels et glandulaires : ovariens, thyroïdiens, par l'*opothérapie*, etc. (ne pas donner d'extrait surrénal).

Eviter tous les irritants, dépilatoires, arrachement, rasage. Pourtant, d'après Gaucher, le rasage n'a pas d'inconvénient, et c'est souvent le meilleur palliatif ; de même, d'après Sabouraud, les dépilatoires ont été accusés à tort.

Le traitement local comprend :

1° *Dépilatoires brusques*. — On n'emploiera jamais les préparations à base d'arsenic (Rusma des Turcs, etc.), car ces produits sont très toxiques et dangereux.

Le meilleur dépilatoire est le dépilatoire de Boudet au sulfure de calcium : c'est « un mélange à parties égales de chaux récemment éteinte et décarbonatée et d'eau distillée que l'on sature d'acide sulfhydrique et qu'on additionne ensuite de poids égal d'amidon de blé ». On peut perfectionner cette formule :

Produit ci-dessus non additionné d'amidon.	20 gr.
Oxyde de zinc.	5 gr.
Amidon de blé	5 gr.
Glycérolé d'amidon de blé.	10 gr.
Terpinéol de Laire pour parfumer.	0 gr. 20
[CERBELAUD]	

(Le terpinéol est nuisible pour une peau très fragile; on lavera ensuite une telle peau avec de l'eau d'hamamélis).

La formule suivante est facile à préparer, non toxique, mais un peu irritante :

Chaux vive.	{	AA 10 gr.
Amidon (ou poudre d'iris).		
Sulfhydrate de soude (ou de chaux).		2 gr.

Ou :

Sulfure de sodium.	8 gr.
Craie préparée.	24 gr.
[DÜHRING]	

Délayer ces poudres avec de l'eau bouillante, de manière à faire une pâte que l'on applique de trois à cinq minutes jusqu'à ce qu'elle *commence* à piquer; on lave à l'eau chaude, on poudre avec de l'amidon ou on applique une pâte calmante (v. p. 119 et 121).

2° *Dépilatoires lents*. — Appliquer tous les soirs, pendant

des mois, en massant pendant cinq minutes, et remettre une nouvelle couche, que l'on conservera toute la nuit, de :

Acétate de thallium.	0 g. 30
Oxyde de zinc	2 gr.
Vaseline	20 gr.
Lanoline et eau de rose.	àà 5 gr.

[SABOURAUD]

3° *Destruction par l'électrolyse.* — Traitement excellent par ses résultats, mais très long, douloureux et coûteux. Il faut, de la part du médecin, une grande habileté et une longue habitude; le détail de la technique a été résumé dans l'excellent manuel de Zimmern (« Éléments d'électrothérapie médicale », p. 253) : courant continu de 1/2 à 2 milliampères, fourni par des piles au bisulfate de mercure et mesuré par un ampèremètre; aiguille en acier, constituée par « l'équarrisseur rond des horlogers » (Zimmern), et reliée au pôle négatif.

La *radiothérapie* ne doit être essayée que dans les hypertrichoses diffuses intenses, ou déterminant des troubles psychiques; car, même bien dosée, elle peut produire, de longs mois plus tard, des télangiectasies disgracieuses (Noiré, Jeanselme). Quelques auteurs conseillent d'employer des rayons très durs (filtre de 4 à 5 millimètres d'aluminium).

CHEVEUX BLANCS. CANITIE

Le traitement ne peut être que palliatif :

Comestique :

Cire blanche	125 gr.
Huile d'olive	300 gr.

Faire fondre et ajouter charbon de peuplier 60 gr.

Teinture en brun. — On dégraisse d'abord les cheveux par un savonnage, on rince et on laisse sécher, puis on applique la teinture à la brosse, mèche par mèche :

Premier procédé :

Azotate d'argent.	5 gr.
Acétate de plomb	1 gr.
Eau de rose.	100 gr.
Eau de Louvain.	1 gr.

Deuxième procédé : d'abord, pendant quinze à vingt minutes :

Sulfure de potassium.	30 gr.
Eau distillée chaude	210 gr.

Ou :

Sulfure d'ammonium	30 gr.
Solution aqueuse de potasse à 5 p. 100.	12 gr.
Eau distillée	30 gr.

Laisser sécher, puis avec une deuxième brosse douce :

Azotate d'argent.	1 à 6 gr.
Eau distillée	60 gr.

En variant le titre de la solution de nitrate, on obtient toute la gamme, du blond foncé au noir.

Aussitôt après l'application, on lave le cuir chevelu avec de l'eau salée à 2 p. 100, pour empêcher la peau de se teinter en noir (Gaucher).

Teinture en blond. — Eau oxygénée pure ou modifiée par le procédé suivant, pour obtenir une teinte dorée. Verser dans l'eau oxygénée quelques gouttes de la solution :

Aurantia et paraphénylène diamine	àà 1 gr.
Eau distillée de rose	30 gr.
Solution d'ionone au dixième.	5 gr.
Alcool à 90°	20 gr.
Musc artificiel en gros cristaux	0 gr. 05
[CERBELAUD]	

Passer avec une brosse douce sur les cheveux dégraissés par un alcalin et avec les mains munies de gants de caoutchouc.

Plus simplement on tentera la mixture : faire bouillir 150 grammes de rhubarbe dans 500 grammes de vin blanc

jusqu'à réduction de moitié, passer. On imbibe les cheveux, puis on les laisse sécher.

Le henné permet d'obtenir toute la gamme des blonds, des châains et des roux¹:

Appliquer sur les cheveux, dégraissés par une solution de sous-carbonate de soude, la mixture suivante :

Faire bouillir 10 minutes 250 grammes de sommités de petite camomille allemande, 500 grammes de feuilles de henné, 250 grammes de feuilles d'indigotier (si l'on veut une teinte foncée; sinon employer des feuilles de noyer) dans 3 000 d'eau additionnée de 2 grammes d'acide citrique; laisser infuser 4 à 6 heures, filtrer, passer le résidu à la presse, évaporer ce liquide jusqu'au poids de 800 grammes; ajouter alors 3 grammes d'acide pyrogallique, 25 de glycérine neutre, 80 grammes d'alcool à 90°; filtrer sur papier Chardin (Cerbelaud).

Laver au bout d'une heure, et lisser avec des traces de brillantine.

Les taches sur la peau s'enlèvent en frottant doucement avec un agglomérat de poudre très fine de pierre ponce (par exemple « Ladies toilett pumice »).

On interdira l'emploi des teintures à base de paraphénylène-diamine (sauf exception de la page 753), de diamidophénol, de sels de mercure, dangereuses et toxiques, et pour éviter toute erreur il est prudent de faire un essai sur une petite mèche de cheveux.

1. Procédé ancien : Faire avec la poudre de henné et l'eau une pâte. En enduire les cheveux qui rougissent au bout d'une heure. Puis appliquer une pâte faite avec de l'indigo ou de la poudre d'indigo, et passer la chevelure à la vapeur d'eau pendant 30 minutes. Suivant les proportions des deux pâtes, on a les teintes châtain foncé, châtain clair, etc.

CHAPITRE XXIV

DERMATOLOGIE DE GUERRE

DERMOÉPIDERMITES MICROBIENNES

STREPTOCOCCIQUES, STAPHYLOCOCCIQUES, ETC.

Définition et preuves de la nature microbienne des dermoépidermites, p. 756.

Étiologie et pathogénie, p. 759.

FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC : **Polymorphisme lésionnel**, p. 761, aspect général : — *signes diagnostiques communs aux dermoépidermites microbiennes*, p. 762.

— I. *Formes suppurées*, p. 764 : — 1° Formes à vésicules purulentes innombrables, ou miliaire purulente, p. 764 ; — 2° Formes exulcéreuses, p. 764 ; — 3° Formes érythémato-squameuses impétigineuses, p. 766 ; — 4° Formes pustuleuses à folliculites, p. 766 ; — 5° Formes compliquées d'ecthyma, p. 766 ; — 6° Formes ulcéreuses (sans ecthyma), p. 768.

— II. *Formes érosives suintantes, eczématiformes « humides »*, p. 768.

— III. *Formes « sèches » squameuses*, p. 771 : 1° Forme pityriasique simple, p. 771 ; — 2° Forme pityriasis rubra microbien, p. 771 ; — 3° Forme eczématiforme, p. 771 ; — 4° Forme amiantacée, p. 772 ; — 5° Formes psoriasiformes, p. 772 ; — 6° Formes parcheminées, p. 774 ; — 7° Formes verruqueuses, p. 775.

— IV. *Formes polymorphes*, p. 777.

Résumé : règles diagnostiques, p. 777.

Formes infantiles, p. 778.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC : chronicité désespérante des lésions non traitées ; rapide guérison des lésions bien traitées. Importance pronostique de dermatoses associées retardant la guérison : eczéma, etc., p. 781.

TRAITEMENT, p. 782. Règles générales, p. 782;

- I. *Traitement des formes suppurées* : Formes enflammées, p. 784; Formes non enflammées, p. 785; Formes irritables et traitement de transition, p. 786.
- II. *Traitement des formes « humides » eczématiformes*, p. 788.
- III. *Traitement des formes sèches squameuses*, p. 790.
- IV. *Traitement des formes polymorphes* : marqueterie de pommades, p. 791.
 Traitement des formes *infantiles*, p. 792.
 Traitement des complications, p. 794.
 Traitement de sûreté et d'entretien, p. 795.

IMPORTANCE PRATIQUE PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES ÉPIDERMITES MICROBIENNES : les repaires microbiens, p. 796.

Les dermoépidermites microbiennes sont des infections cutanées, dermiques et surtout épidermiques, s'étendant d'ordinaire sur une large surface, revêtant des aspects cliniques multiples et dues aux microbes pyogènes, surtout au streptocoque, au staphylocoque et d'ordinaire à ces deux cocci associés ¹.

Connues avant la guerre, grâce à Sabouraud, qui avait décrit l'une de leurs formes non traumatiques, et montré la nature streptococcique de la dartre furfuracée du visage et des intertrigos, elles étaient restées discutées et peu connues; j'étais un des rares dermatologistes à avoir étudié le sujet, à reconnaître la multiplicité des formes et à les observer à la suite de plaie accidentelle, d'ampu-

1. Voir pour l'étude détaillée de cette question capitale notre travail d'ensemble, couronné par l'Académie des sciences et par l'Académie de médecine et publié dans la *Revue de Médecine*, 1916, n° 5-6, 7-8, p. 342 et 461 (90 pages, 11 figures, 2 tableaux); et les articles complémentaires, *Journal des Praticiens*, 1917, n° 11, 17, 18, 26, 50 et 1918 n° 19; *Paris médical*, 1917, n° 1, 45; et 1918, n° 6 et 44, *Annales de médecine*, 1918 (formes exotiques).

tation par accident de travail, d'ostéomyélite, de fistule de pleurotomie¹. En même temps donc que j'apportais la notion de leur développement autour des plaies, je montrais que leurs formes cliniques peuvent être très variées, plus nombreuses que l'indiquaient les descriptions de Sabouraud. C'était prévoir la pathologie de guerre... La guerre m'a donné l'occasion, en 1915 et en 1916, d'en faire une étude complète², étiologique, pathogénique, clinique, etc.; elle m'a permis de montrer la fréquence de ces faits, leur importance pratique et doctrinale, de décrire leurs nombreuses variétés cliniques

1. Les malades ont été présentés à mes conférences d'agrégé à la Clinique de l'Hôpital Saint-Louis du P^r E. Gaucher. Absorbé par mes travaux sur les mycoses et sur les dermatoses réactions de défense (voir ce livre, *Eczéma*, p. 163), je n'avais pas publié les observations, les mentionnant simplement dans la 1^{re} édition de ce livre (*La Dermatologie en clientèle*, voir p. 398 de la 1^{re} édition, reproduite p. 398 de cette 2^e édition), terminé et remis en juin 1914 à l'éditeur, avant la guerre, mais publié seulement en 1916. L'un de ces malades, suivi en 1906 dans le service de M. de Beurmann, a même été moulé (n° 22-2478 du musée de Saint-Louis), et j'avais décrit à part les formes tuberculoïdes, notamment les formes verruqueuses dès 1912 (*Progrès médical*, 1912, n° 20 et 21).

Pendant la guerre, la fréquence de ces épidermites microbiennes a été telle qu'elle devait frapper des observateurs indépendants les uns des autres. Connaissant ces faits dès avant la guerre, je reconnus immédiatement leur nature streptococcique sur les premiers malades que me montrèrent Ombredanne et les chirurgiens de ma région en 1915; je leur consacrai une étude d'ensemble qui a paru dans la *Revue de Médecine*. Parallèlement à nos travaux, d'autres auteurs signalaient ces faits: Brocq, en janvier 1916, les rapprochait de ses parakératoses, sans oser encore les rattacher aux streptococcies de Sabouraud, et il attendait les résultats des recherches de son élève Desaux qui, bientôt, en mars 1916, publiait ses premiers travaux. M. Perrin, m'a-t-on dit, a étudié également ces faits pendant la guerre.

2. Article cité de la *Revue de médecine*, complété par plusieurs articles, voir note 1, p. 756.

en insistant sur leur polymorphisme, de sérier les signes diagnostiques, de régler le traitement suivant les différentes formes, d'expliquer les retards dans la guérison en montrant qu'ils étaient dus à des dermatoses associées et de préciser ces éléments de pronostic ¹, car la guerre a multiplié ces dermoépidermites microbiennes au point qu'elles comptent parmi les plus fréquentes des dermatoses observées dans les centres militaires : en effet, les unes succèdent aux plaies de guerre infectées (formes traumatiques); les autres non traumatiques résultent de la fréquence des causes d'infections épidermiques chez les soldats en campagne ou au camp. Leur fréquence extrême en temps de guerre justifie l'appellation d'actualité que je leur ai donnée de « dermoépidermites microbiennes de guerre ». Jusqu'alors elles étaient presque universellement méconnues même des dermatologistes et étiquetées : eczéma, eczéma séborrhéique, psoriasis, parakératoses, troubles trophiques et surtout dermites artificielles par abus des antiseptiques...

La démonstration de la nature microbienne de ces dermoépidermites s'appuie sur des *preuves* nombreuses : — I. étiologiques, cliniques, évolutives et thérapeutiques (voir p. 762 signes diagnostiques); — II. preuves bactériologiques : constatation du streptocoque dans les lésions naissantes ou dans la zone d'accroissement en cultures pures; — III. preuves expérimentales : reproduction des lésions par inoculation volontaire chez un médecin et un étudiant en médecine, etc.

1. Voir note 1, p. 756.

*
* *

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Leur fréquence est très grande puisque dans les neuf premiers mois du fonctionnement du centre dermatologique que je créais dans la 9^{me} Région, j'en ai suivi 120 cas compliquant des plaies de guerre et 130 non traumatiques et, lors même que le stock des anciens malades et des erreurs de diagnostic a été épuisé, j'en ai suivi l'année suivante 95 cas traumatiques, 194 non traumatiques, sans compter les malades venus en consultation et traités dans les autres hôpitaux de la région.

Les épidermites peuvent atteindre tous les âges (du nourrisson au vieillard) et toutes les régions, mais elles sont surtout fréquentes aux jambes lorsqu'elles compliquent des plaies de guerre, à la face, au cuir chevelu. aux jambes, dans les plis cutanés, lorsqu'elles semblent naître sans cause.

Tantôt, en effet, elles surviennent sans causes connues (formes non traumatiques) ¹.

Tantôt elles succèdent à de petits traumatismes : piqûres, contusions, plaies du soulier, à des brûlures, à l'hypérite, aux froidures ², etc.

1. Danger des épidermites microbiennes méconnues : repaires cutanés microbiens (*Paris médical* 1918 n° 44, p. 348).

2. Gougerot. Froidures des extrémités : Fréquence et importance des dermoépidermites microbiennes (aiguës, subaiguës, chroniques) immédiates, persistantes, récidivantes, greffées sur froidures (*Journal des praticiens* 1918, n° 19, p. 289).

J'ai insisté en particulier sur les reliquats de ces infections : intertrigo entre les orteils, plaques squameuses plantaires, onyxis, qui constituent des repaires microbiens dangereux.

Tantôt elles compliquent des blessures de guerre ou accidentelles. Le plus souvent, elles entourent des plaies de guerre profondes suppurées en activité avec ostéomyélite, elles attaquent les moignons d'amputation, etc., et surviennent de 1 à 18 mois après la blessure; parfois, elles apparaissent 2 à 8 semaines et même 5 à 12 mois, 36 mois (?) après la cicatrisation de la blessure ou de la fistule, en raison de la persistance du saprophytisme microbien dans l'épiderme. Par conséquent l'apparition des lésions cutanées après la cicatrisation de la plaie ne doit pas faire repousser le diagnostic d'épidermite microbienne.

Tantôt enfin, elles sont déterminées par l'ouverture d'un abcès, d'un phlegmon, d'une pleurésie purulente; un simple furoncle, un intertrigo, une rhinite, une conjonctivite, repaires de streptocoques, suffisent à les provoquer.

Leur *pathogénie* est obscure : pourquoi ces épidermites atteignent-elles tel blessé, tel soldat ? Les prédispositions cutanées (fragilité héréditaire ou acquise), les lésions des artères et des veines, les lésions des nerfs et troubles « physiopathiques », les attritions par les antiseptiques n'ont pas d'influence décisive sauf l'état variqueux et les lésions des nerfs. Au contraire, j'ai montré l'importance de la *sensibilisation* du terrain par le microbe et ses toxines ¹.

1. Voir article cité de la *Revue de médecine*, p. 363.



FORMES CLINIQUES ET DIAGNOSTIC

Polymorphisme lésionnel

Lorsqu'elles succèdent à des plaies, les épidermites envahissent presque toujours un large segment cutané vaguement ovalaire, de 10, 20, 30 cm. et parfois davantage, enveloppant, par exemple, toute la jambe, comme d'une molletière. Le placard est le plus souvent unique. Parfois autour du grand placard initial ont été inoculées des lésions plus petites, secondaires. Parfois l'autre membre est pris plus ou moins symétriquement, la jambe surtout. Toutes les régions blessées peuvent être atteintes.

Lorsqu'elles ne sont pas consécutives à des plaies, les épidermites ont des formes et des sièges non moins variés.

Tantôt elles se réduisent à un ou deux placards, qui siègent aux membres inférieurs, au cuir chevelu, au scrotum, au mains, etc.

Tantôt les placards sont plus nombreux, envahissant simultanément les bourses, les mains, le cuir chevelu.

Tantôt les lésions se généralisent à tout un membre, au tronc, et même à la totalité du corps ¹ (*formes généralisées* simulant une dermatite exfoliatrice). (Voir p. 317.)

Lorsque la face ou le cuir chevelu sont atteints, il est presque constant de noter de la blépharite avec ou sans conjonctivite, du sycosis des sourcils, des moustaches ou de la barbe, non pas le sycosis à folliculites distinctes, mais une nappe d'épidermite érythémato-squameuse

¹ 1. *Journal des Praticiens*, 1917, n° 26, p. 401.

tachetée de folliculites purulentes ou crustacées, squameuses; le plus souvent les plis rétro-auriculaires sont largement infectés.

Les aspects cliniques sont très variables, presque toujours mêlés, rarement purs (formes polymorphes). On peut distinguer *quatre séries de formes* (reliées par toutes les transitions) : les lésions sont donc plus variées que celles qu'avait décrites Sabouraud.

A la description de chaque forme seront donnés les signes différentiels de cette forme, mais outre les indications données par la localisation (voir ci-dessus p. 761), il existe des signes **diagnostiques communs à toutes les épidermites** qu'il importe de souligner dès le début :

— Aspect clinique différent des dermatoses voisines (eczéma, etc.). Ces signes différentiels sont résumés dans les pages suivantes : érosion microbienne non ourlée et plus grande que les puits eczémateux (voir p. 154). squames différentes des squames du psoriasis (voir p. 213), squames mêlées de croûtes impétigineuses et ecthymateuses, bulles plates squameuses, petites vésicules louches ou purulentes intraépithéliales de 1 à 3 mm. plates sans saillie au-dessous des croûtes ou au-dessous des squames.

— Polymorphisme lésionnel; presque toujours plusieurs aspects lésionnels sont associés sur un même placard : érosions suintantes; squames, bulles plates squameuses et croûteuses, etc.

— Habituellement, grand placard ovalaire de plusieurs centimètres de diamètre ou polycyclique à festons de large diamètre.

— Début autour d'une fistule purulente d'ostéomyélite, de pleurésie, d'adénite, autour d'un pli cutané infecté,

d'une pyodermite (par exemple d'un furoncle) et souvent stricte localisation dans la région environnante (pourtant les autoinoculations à distance ne sont pas rares).

— Début parfois par une streptococcie aiguë : un érysipèle.

— Mélange aux lésions érythémato-squameuses de lésions microbiennes incontestées : bulles d'ecthyma, croûtes d'impétigo, ulcération suppurante...

— Transformation d'une pyodermite en un placard d'épidermite ; par exemple transformation d'un impétigo en épidermite psoriasiforme nummulaire (voir p.367).

— Transition entre les épidermites et les pyodermites.

— Progression centrifuge par un ourlet bulleux ou croûteux ou squamo-croûteux impétigineux, ou par un bord circiné ou curviligne semé d'ecthyma, ou par un clivage épidermique, squameux, sec, reliquat d'une bulle sèche.

— Complications infectieuses : érysipèle, etc., provoquant d'ordinaire une poussée de l'épidermite chronique.

— Persistance (après la guérison de l'épidermite) de lésions microbiennes incontestées : pustules de folliculites, ecthyma ulcéreux, ou de repaires microbiens incontestés : intertrigo rétroauriculaire, pityriasis du cuir chevelu.

— Récidive autour de pustules, autour de la fistule qui se rouvre, au niveau d'un abcès profond, autour d'un pli cutané (repaire microbien).

— Récidive sous la même forme ou sous une autre forme d'épidermite microbienne ou sous forme des pyodermites.

— Guérison par les traitements antiseptiques non irritants.

1^{re} série. FORMES PURULENTES. — Ces formes peuvent revêtir des aspects multiples reliés par toutes les transitions ¹.

1° Tantôt on aperçoit, autour de la fistule, un large placard arrondi, rouge ou à peine rosé, peu ou pas squameux, criblé de vésicules et de petites bulles innombrables, distinctes ou confluentes, de 1 millimètre, rarement de 2 à 3 millimètres, de diamètre, encore fermées ou ouvertes, sécrétant du pus ou du séro-pus. Parfois du soir au matin les vésiculettes se reproduisent par milliers, presque confluentes; ces récives sont rares ou incessantes tant qu'un traitement énergique ne les arrête pas. Les bords du placard sont d'ordinaire nets, parfois diffus, émiettés.

Cette forme est confondue habituellement avec de l'eczéma infecté; or, les petites bulles sont inégales, moins régulières, plus grosses et moins acuminées que les vésicules de l'eczéma; souvent elles sont plates ne faisant aucune saillie dans l'épiderme dénudé, elles sont purulentes d'emblée; l'exulcération qu'elles laissent n'a pas la forme et l'aspect ourlé et taillé à l'emporte-pièce du puits eczémateux (v. p. 154)². (*Forme à vésicules purulentes innombrables ou miliaire purulente.*)

2° Tantôt le placard rouge est couvert de nombreuses exulcérations larges, inégales, superficielles, de 3 à 5, 6 et même 20 millimètres, roses ou rouges, brillantes, vernissées, humides : ces exulcérations sont sans bords nets ou au contraire bordées par une collerette d'épiderme blanchâtre, mou, humide, large de 1 à 2 milli-

1. *Journal des Praticiens*, 1917, n° 17 et 18.

2. On peut avoir toutes les formes de passage vers l'érysipèle, telle est par exemple cette forme nouvelle de dermoépidermite streptococcique aiguë érythémato-puruleuse, vésiculeuse, érosive ou pustuleuse en plaque, à progression centrifuge, que j'ai décrite dans le *Journal des Praticiens*, 1917, n. 17 et 18.

mètres. Souvent ces exulcérations sont polycycliques par confluence d'érosions voisines, Elles suintent rarement du pus, le plus souvent de la sérosité louche. Ça et là on surprend des bulles purulentes, plus ou moins flétries et aplaties qui, en crevant, donnent des exulcérations suppurantes dont le bord est marqué par une collerette ; mais les exulcérations sans bords nets se produisent sans bulles, par décollement et destruction centrifuge de l'épiderme autour d'une petite exulcération. Les ulcérations sont rares (*formes exulcéreuses*).

L'aspect d'ensemble varie : parfois tout le placard peut être exulcéré rouge vernissé suintant (fig. 181), sauf quelques rares îlots d'épiderme moins atteint, blanchâtres.

D'autres fois (fig. 183), entre les exulcérations moins nombreuses, moins confluentes, l'épiderme est rouge, tuméfié, douloureux, recouvert d'épiderme macéré, « humide », mou, et souvent de poussières ambrées, parfois de croûtes mélécériques ébauchées.

L'épiderme ne devient squameux que lorsque les exulcérations sont moins nombreuses et que l'inflammation tend à s'apaiser : on a alors une *forme mixte* (fig. 182) faite d'un mélange de zones exulcérées, suintantes, suppurant assez abondamment, formant des croûtes épaisses souvent fétides, de bulles plates et de zones érythémato-squameuses.

Le bord du placard progresse, assez nettement délimité et festonné : tout le thorax, tout le bras, toute la jambe finissent par être envahis (*formes exulcéreuses*). (fig. 181, 182, 183.)

Les lésions bulleuses d'auto-inoculation sont très fréquentes autour du placard. Mais, détail assez caractéristique, quand on ouvre les bulles on ne trouve pas toujours du liquide purulent : souvent elles sont sèches.

Parfois les exulcérations deviennent des ulcérations dermiques comme dans les formes suivantes.

On ne saurait confondre ces variétés avec l'eczéma, car il n'y a ni les vésicules ni les puits de l'eczéma.

3° Tantôt le placard d'épidermite, plus ou moins érythémateux et squameux, nettement délimité ou diffus, est semé de croûtes impétigineuses. D'ordinaire ces croûtes sont sales, grisâtres, squameuses, mais parfois elles sont aussi ambrées que dans l'impétigo vulgaire. On a donc toutes les formes de transitions entre l'impétigo typique développé sur un placard d'épidermite érythémato-squameux et les squames-croûtes : chez l'un de nos malades, l'un des placards était bordé d'une bande polycyclique d'impétigo squameux qui marquait la progression de la lésion ; au centre de ce placard l'épiderme était rouge et squameux (*formes érythémato-squameuses impétigineuses*).

4° Tantôt ce sont des folliculites qui sont disséminées sur un placard d'épidermite érythémato-squameux et les aspects peuvent être variés : — pustulettes petites, rares ou nombreuses, mais distinctes les unes des autres, purulentes ou squameuses et croûteuses (fig. 184), — pustulettes, avortées ou profondes, se traduisant par de petits amas squameux arrondis plus ou moins acuminés ; — pustulettes confluentes donnant une squame-croûte grisâtre ou verdâtre le plus souvent épaisse, fendillée, envahissant toute la barbe, toute la moustache ; lorsqu'on l'arrache on découvre un épiderme exulcéré, rouge, suintant, criblé de points purulents de folliculites, etc. On peut avoir ainsi à la barbe, à la moustache, toutes les combinaisons d'épidermites diffuses érythémato-squameuses ou suintantes avec toutes les formes de sycosis (*formes pustuleuses*).

5° Tantôt sur le placard d'épidermite (le plus souvent sur un placard polymorphe, rouge, squameux, ou suintant) sont disséminés des éléments d'ecthyma, on peut observer toutes les variétés d'ecthyma ulcéreuses ou non :



FIG. 181. — Dermo-épidermite microbienne, forme érythémato-érosive exulcéreuse sur blessure de guerre.



FIG. 182. — Dermo-épidermite microbienne des deux jambes, forme exulcéreuse suintante et squameuse.



FIG. 183. — Dermo-épidermite microbienne du membre supérieur et du pied droits, consécutive à des blessures de guerre, forme érythémato-vésiculeuse érosive et exulcéreuse.

— Bulles purulentes et croûteuses (fig. 185) : si parfois les bulles purulentes sont évidentes, le plus souvent elles sont peu apparentes, masquées par des squames, elles ne font aucune saillie et ne se révèlent que par la teinte jaune du pus à travers l'épiderme.

— Ecthyma-ulcéreux avec toutes ses variétés : — Petites ulcérations de 3 à 6 millimètres, petites mais profondes, suppurantes; — ulcérations d'ecthyma habituel ou d'ecthyma à bord cyanotique à fond atone de 7 à 15 millimètres; — grandes ulcérations de 20 à 40 millimètres, parfois d'avantage, arrondies en polycycliques par confluence de plusieurs éléments d'ecthyma. Les bords sont mous, ou indurés et fibreux comme dans un ulcère variqueux, à pic ou décollés, plats ou éversés. La surface est dénudée, suppurante ou croûteuse parfois rupioïde et même ostréacée. Le fond est rouge, ou violacé, ou blafard et atone, ou bourgeonnant, ou couenneux et fibrineux, etc. Les cicatrices qui succèdent à ces lésions sont fines, tantôt peu visibles, tantôt profondes, le plus souvent violacées et pigmentées.

Parfois l'ecthyma devient végétant simulant l'actinomycose, le pian et diverses affections tropicales.

Exceptionnellement même l'ecthyma devient mutilant aux orteils laissant sur le moignon une plaie végétante. (Voir formes exotiques, p. 778.)

Parfois ce sont des lésions d'ecthyma nécrotique ou gangreneux. — Un de nos malades avait la face antérieure de la jambe criblée d'éléments nécrotiques nombreux, mais petits, de 5 à 6 millimètres; quand on arrachait ces enduits nécrotiques ils semblaient formés d'un bourdonnet d'étoupe jaunâtre comprimée; il en résulte une cicatrice gaufrée à points multiples déprimés identiques à la variole. — Un de nos malades eut, sur la face extérieure de la jambe, 3, 4, 5, 6, 7, puis 8 éléments gangreneux larges de 10 à 30 millimètres, les uns gris verdâtre, les autres brun

verdâtre, d'autres noirâtres, ces plaques gangreneuses très adhérentes étaient épaisses de 6 à 12 millimètres, et laissant des ulcérations profondes, suppurantes, lentes à guérir.

Que la bulle reste plate fermée, squameuse, ou au contraire qu'elle s'ulcère et creuse le derme, il en résulte deux aspects différents : dans l'un il ne paraît pas y avoir d'ulcérations; dans l'autre, les ulcérations ou les croûtes qui la recouvrent frappent l'attention dès le premier examen (*formes compliquées d'ecthyma*).

Les bords du placard sont diffus ou nettement arrêtés, souvent polycycliques. Parfois le bord du placard est semé d'ecthyma à éléments distincts rarement confluent, qui marquent la progression de la lésion (fig. 195); aussi l'ensemble de la lésion ressemble-t-il à certaines syphilides circinées, crustacées ou ulcéreuses, et je connais au moins deux erreurs de diagnostic de ce genre.

6° Des formes ecthymateuses, je rapproche les *dermo-épidermites ulcéreuses sans ecthyma* : les ulcérations peuvent revêtir tous les aspects des ulcérations post-ecthymateuses, mais il n'y a pas eu le début bulleux de l'ecthyma; c'est souvent la plaie de guerre dont les bords ont été rongés par l'infection : il en résulte des ulcérations unique ou multiples, distinctes ou confluentes, parfois polycycliques, circinées (fig. 186) sur placard diffus d'épidermite; parfois l'ulcération est anfractueuse.

Les erreurs de diagnostic vont de la syphilis et de la tuberculose aux troubles trophiques en passant par le *craw-craw*; un de ces cas compliqué d'ecthyma ulcéreux, atone, chronique, m'avait été envoyé comme troubles trophiques et durait depuis huit mois; il a guéri en vingt-deux jours.

2° Série : FORMES ÉROSIVES, SUINTANTES, ECZÉMATIFORMES, « HUMIDES ». — Des érosions suintantes, nées sur un ou plusieurs placards ovalaires de peau rouge, carac-

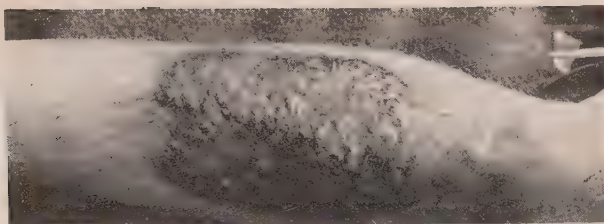


FIG. 184. — Dermo-épidermite microbienne, à la suite de blessure de guerre, de la jambe : forme érythémato-pustuleuse.

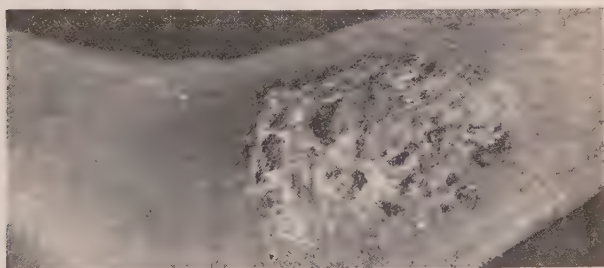


FIG. 185. — Dermo-épidermite microbienne sur plaie de guerre : placard érythémato-squameux tacheté d'ecthyma bulleux ulcéreux crouteux, durant depuis quatorze mois, guérie en douze jours.

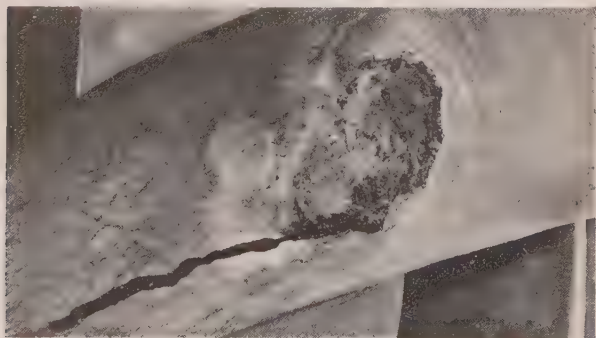


FIG. 186. — Dermo-épidermite microbienne de la jambe, consécutive à blessure de guerre, forme érythémato-squameuse et *ulcéreuse* : large ulcération circonéc.

térisent cette forme, sans qu'on puisse surprendre de vésico-bulle au début. Tantôt les érosions suintantes sont extrêmement nombreuses, confluentes, couvrant tout le placard arrondi développé autour de la fistule. Tantôt les érosions sont disséminées, nombreuses, en îlots ou en archipels irréguliers, à bords vaguement polycycliques, sur un fond rouge, vernissé ou squameux. Tantôt elles sont rares sur un fond sec, rouge lisse, ou squameux. Ces érosions sont très irrégulières de forme et de grandeur : exceptionnellement leurs bords sont nettement délimités par une étroite collerette épidermique blanchâtre, le plus souvent ils sont diffus, non ourlés. « L'érosion, dit Sabouraud, n'est pas ourlée, ni profonde; elle est superficielle, large de 3 à 5 millimètres, lisse, rose lilas, un peu blafarde, recouverte d'une goutte de sérum. Et comme chacune des érosions voisines est semblable, l'aspect de la lésions d'ensemble (pure) est très spécial : c'est une série de gouttes limpides, juxtaposées comme un dallage. » Le fond des érosions est formé par l'épiderme érodé rose ou rouge vif, ou rouge foncé, il suinte de la sérosité citrine, au contraire de la variété des formes purulentes qui suinte du séro-pus. Parfois sous l'épiderme érodé et brillant transparaissent des vésicules intraépithéliales louches plates sans saillie, de 1 à 3 millimètres de diamètre.

L'évolution n'est pas toujours identique : — tantôt l'érosion se sèche en se couvrant de poussière ambrée — tantôt elle se cache sous une squame-croûte, — tantôt et le plus souvent elle devient squameuse, blanchâtre, — tantôt enfin elle s'assèche simplement, l'épiderme restant rouge, vernissé, — exceptionnellement surviennent des fissures (variétés fissuraires) ou des ulcérations.

Les cas de cette variété, qui m'ont été montrés, avaient été la plupart pris pour de l'eczéma, quelques-uns pour des dermites médicamenteuses. Le diagnostic est facile, si l'on y pense (voir signes communs p. 762); car sauf association d'ailleurs assez fréquente, il n'y a pas les vésicules fines, régulières de l'eczéma et, sur les bords du placard souvent polycycliques, on note le décollement de l'épiderme clivé comme par des bulles avortées :

Sabouraud oppose l'une à l'autre l'érosion streptococcique et la vésicule d'eczéma. « La vésicule eczématisée normale, dit-il, a 1 millimètre de large. Elle est acuminée, papuleuse, avant d'être vésiculeuse. Sauf au visage, son toit corné est résistant. Ouverte, elle est remplacée par une érosion ronde, nettement creuse, ourlée, donnant une gouttelette perlée, hémisphérique. Quand on examine attentivement la forme de cette érosion, on remarque qu'elle semble, quoique peu profonde, taillée à l'emporte-pièce. Ce qui fait l'ourlet de son bord, c'est l'épiderme corné épaissi (parakératose) qui la sertit. Quand plusieurs vésicules sont proches, conglomérées, l'érosion à laquelle elles donnent lieu est polycyclique et plus large, mais chacune des vésicules composantes reste petite et ses bords restent semblables.

« L'érosion streptococcique est d'emblée plus large, elle est le double, le triple de la vésicule eczématisée, souvent plus. Elle est plane, non ourlée. Ce qui fait qu'on la distingue de la peau saine, l'exsudation mise à part, n'est pas un caractère de forme, mais un caractère de couleur. La surface est lilas pâle. Elle n'a pas de bord visible, on la dirait faite par usure de la peau à la meule, non pas comme la vésicule eczématisée à l'emporte-pièce. La large goutte de sérum qu'elle exsude n'est pas hémisphérique, c'est un ménisque plat de sérum clair. »

Alors que la forme « érosive » pure¹ est rare, l'association de ces érosions aux autres formes d'épidermite est très fréquente; l'association la plus fréquente étant la forme érythémato-squameuse et érosive (fig. 187) qui simule l'eczéma, etc.

3^e Série : FORMES SÈCHES SQUAMEUSES. — Le placard rouge est recouvert de squames; cette desquamation peut revêtir des aspects variés :

1^o Tantôt la lésion, avec des bords diffus, est à peine rosée, l'épiderme desquame pauvrement : c'est presque l'aspect des dartres du visage dont Sabouraud a démontré la nature streptococcique (impétigo sec ou pityriasis simplex faciei), *forme pityriasique simple*.

2^o Tantôt la peau, épaissie, infiltrée, est souvent d'un rouge foncé, même vineux et purpurique au membre inférieur; l'épiderme est sec, vernissé, brillant, desquamant pauvrement, souvent craquelé; on dirait une pellicule mince collodionnée, collée sur une peau très rouge; les bords sont d'ordinaire bien limités, souvent grossièrement polycycliques, et, signe important, on note habituellement sur ces bords un clivage de l'épiderme encore sain, comme par une bulle sèche invisible. Cette forme pourrait s'appeler *pityriasis rubra microbien* ou forme rouge collodionnée; elle est souvent la plus douloureuse, la plus prurigineuse des épidermites, mais parfois elle est complètement indolente.

3^o Tantôt l'épiderme desquame plus ou moins abondamment et le placard rouge prend l'aspect des eczémas secs, des « parakératoses ». Les squames sont grisâtres,

1. Cette forme est reliée à la variété 2 des formes purulentes par des cas de transitions.

ternes, quelquefois jaunâtres, le plus souvent elles sont peu épaisses, mais parfois elles forment des « carapaces » plus ou moins résistantes. C'est avec l'eczéma, les parakératoses, les eczémas séborrhéiques, que l'on confond presque toujours ces épidermites microbiennes; mais il n'y a pas les vésicules d'eczéma visibles au premier examen ou après grattage (*variété eczémiforme*).

4° Tantôt les squames sont brillantes, très adhérentes, formant de la poussière amiantacée lorsqu'on les gratte (*forme amiantacée*) allant jusqu'à reproduire la fausse teigne amiantacée d'Alibert¹.

5° Tantôt les squames plus ou moins micacées simulent le psoriasis : *variétés psoriasiformes* (fig. 188, 189, 190).

Les épidermites microbiennes peuvent avoir toutes les localisations du psoriasis; exceptionnellement elles se localisent aux coudes (fig. 190), aux genoux, au cuir chevelu, sans gagner les plis, comme dans le psoriasis vulgaire; mais le plus souvent, elles affectionnent les plis cutanés (fig. 189), les régions séborrhéiques, le cuir

1. Souvent cette « teigne amiantacée » est associée à des furoncles du cuir chevelu, à une épidermite complexe mêlée d'impétigo et de folliculites furonculeuses, à de l'impétigo vulgaire, à une épidermite érythémato-squameuse et ulcéreuse suintante. D'autres fois l'épidermite microbienne du cuir chevelu guérit et c'est quelques jours plus tard, sous forme de récive, qu'apparaît la teigne amiantacée ».

Que conclure de ces faits? Nous avons tendance à admettre que la « teigne amiantacée » d'Alibert, dont l'étiologie est restée inconnue ou discutée, est d'étiologie microbienne. Mais quel en est le germe? streptocoque de l'impétigo? staphylocoque des follicules furonculeux? bacille bouteille de Malassez? Ce nous semble être plutôt une association microbienne (*Progrès médical*, 1917, n° 13, p. 101),

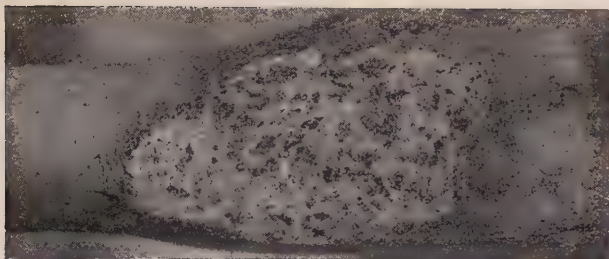


FIG. 187. — Dermo-épidermite microbienne, forme érythémato-squameuse, la plus fréquente de toutes.

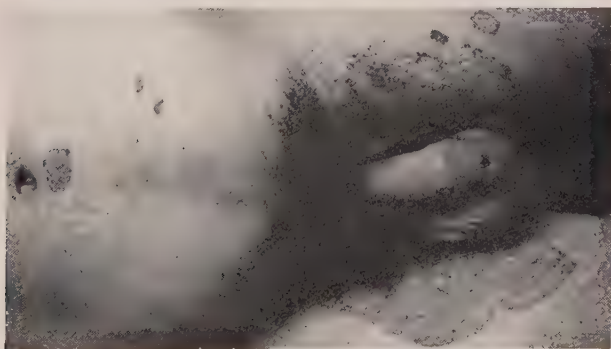
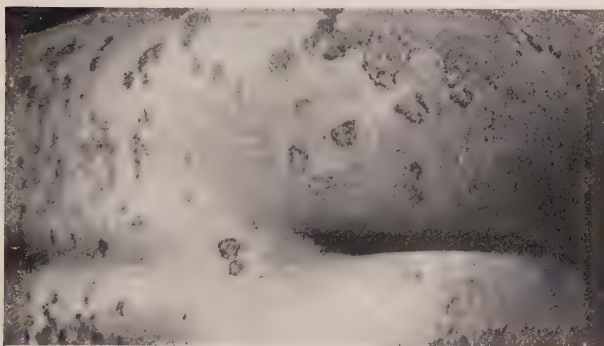


FIG. 188 et 189. — Dermo-épidermite microbienne psoriasiforme à placards nummulaires nombreux, disséminés, datant de six mois, guérie en sept jours.

chevelu comme dans le psoriasis surséborrhéique. Je ne parle pas des cas de diagnostic plus facile où l'épidermite psoriasiforme reste localisée autour d'une plaie ou ne se dissémine qu'autour d'elle... Ces épidermites psoriasiformes peuvent revêtir tous les aspects du psoriasis depuis les taches squameuses épaisses amiantacées jusqu'aux squames « grasses », « humides », du psoriasis surséborrhéique ou intertrigineux; mais d'ordinaire l'épidermite microbienne psoriasiforme ressemble surtout au psoriasis surséborrhéique et au psoriasis des plis.

Outre les signes diagnostiques communs à toutes les formes d'épidermite (voir. p. 762), le diagnostic se base sur les signes suivants :

— Signes cliniques différents au grattage; il est exceptionnel que l'épidermite microbienne ait des squames micacées brillantes, presque toujours elles sont ternes; elles s'en vont sous la curette en poussières ou en copeaux plutôt qu'en paillettes comme dans le psoriasis, et souvent elles s'en vont en bloc... Après la dernière squame, il n'y a pas comme dans le psoriasis une très mince pellicule et après cette pellicule un piqueté sanglant fin et régulier (v. p. 243); on voit, dans l'épidermite, une peau rouge enflammée sans caractère ou plus souvent une peau vernissée sèche ou un épiderme exulcéré semé d'érosions (voir p. 769) suintantes ou tendant à suinter, avec parfois de petites vésicules louches intramalpighiennes de 1 à 3 millimètres plates sans saillie.

— Alors que le grattage donne, dans le psoriasis naissant, même lorsqu'il ne paraît pas squameux au premier abord, des squames micacées, on ne voit rien de semblable sur les éléments rouges peu ou pas squameux d'épidermite microbienne naissante.

— Les squames disparaissent plus vite par les applications antiseptiques que sur le psoriasis.

— Après guérison incomplète, elles récidivent moins

rapidement et moins souvent que dans le psoriasis, la récurrence ne se fait presque jamais sous l'aspect psoriasiforme, mais sous l'aspect d'un eczéma sec, alors que le vrai psoriasis récidive sous la forme de psoriasis (*Paris médical*, 1918, n° 6).

6° Tantôt les squames sont épaisses, parcheminées, résistantes, à bords polycycliques, cachant un épiderme rouge semée de miliaires purulentes (*forme parcheminée*). Parfois même les squames épaisses ridées brunâtres ressemblent à l'écorce d'un arbre.

Chez le malade de la figure 191, le large placard arrondi de la jambe à forme parcheminée était le reliquat d'une éruption presque généralisée d'épidermite microbienne érythémato-squameuse semée de pyodermites du dos, de la tête, etc. Le placard de la jambe est la transformation inattendue d'une épidermite microbienne polymorphe vulgaire :

Les faces antérieure et externe de la jambe sont envahies par un immense placard à bords polycycliques formés par des grands festons dont le rayon a de 1 à 5 centimètres. L'aspect des lésions squameuses varie suivant le traitement : — squames sèches, épaisses, assez résistantes, plus ou moins feuilletées, lorsqu'on traite la lésion par des poudres ; — squames demi-sèches, blanchâtres, analogues à du parchemin mouillé, lorsqu'on traite la lésion par des pâtes ou pommades qui n'irritent pas le placard ; — squames mêlées de croûtes jaunâtres et brunâtres dues à la coagulation de l'exsudation lorsqu'on traite le placard par des préparations qui l'irritent. Les squames parcheminées, épaisses de 0,05 à 1 millimètre, résistantes, s'enlèvent d'un seul morceau et par de très grands lambeaux de 4 à 10 centimètres ; elles se décollent facilement lorsqu'on les soulève avec une pince à mors

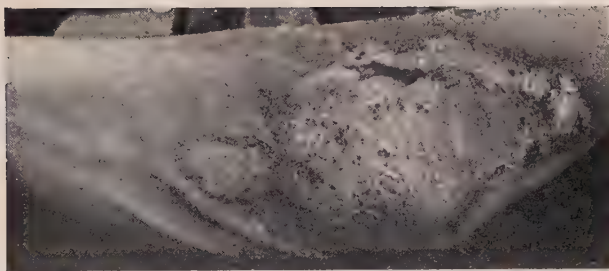


FIG. 190. — Dermo-épidermite microbienne psoriasiforme des cuisses et des coudes, datant de six mois, guérie en douze jours : aspect du psoriasis avec sa localisation classique au coude.

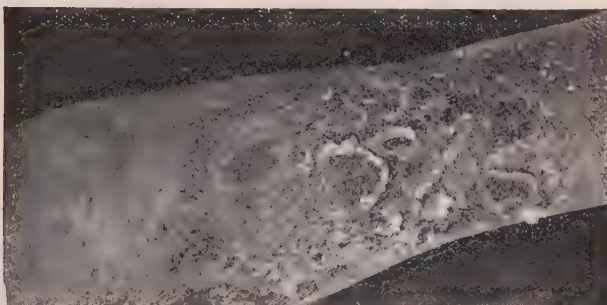


FIG. 191. — Dermo-épidermite microbienne érythémato-squameuse parcheminée de la jambe, squames larges épaisses comme du parchemin.

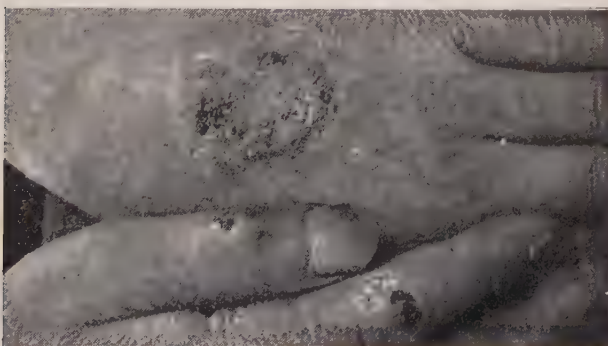


FIG. 192. — Dermo-épidermite verruqueuse, datant de deux mois, guérie en vingt-et-un jours, simulant de tous points la tuberculose verruqueuse. Ecthyma banal sur l'autre main.

plats. Leur face profonde est tachetée de petits points excavés, larges de 1 à 2 millimètres, hématiques et brunâtres, ou jaunâtres et purulents, ou jaunes et séreux. La surface épidermique dénudée apparaît lisse, rouge foncé, vernissée, brillante, lorsqu'elle est irritée, rose-violacée plus ou moins opaline et terne lorsqu'elle n'est pas irritée; toujours, sauf sur les points en voie de guérison, elle est semée de petites vésicules séreuses ou purulentes de 0,5 à 2 millimètres, tantôt profondes intramalpighiennes et encore fermées, tantôt superficielles intracornées et ouvertes par le décollement et l'ablation de la squame. Ces squames parcheminées enlevées soigneusement se reproduisent en 8 à 12, 15 jours aussi épaisses, aussi résistantes, et les pyodermites miliaires repullulent au-dessous d'elles.

7° Tantôt les lésions prennent l'aspect verruqueux sec des tuberculoses verruqueuses : *forme verruqueuse tuberculoïde* (fig. 192.)

Le plus souvent cet aspect verruqueux¹ n'est qu'ébauché, mais parfois il simule de tous points la tuberculose.

L'état verruqueux peut être disséminé sur un grand placard, sur toute une jambe, ce qui serait peu vraisemblable dans la tuberculose; il peut revêtir la forme d'un petit placard arrondi comme dans la tuberculose typique.

Outre les signes communs énumérés au début

1. Nous ne parlons que des formes *sèches*. Mais les pyodermites peuvent simuler les formes végétantes fongueuses humides de la tuberculose; j'en avais publié un premier cas dans mon travail au Congrès de Rome: « folliculites agminées torpides simulant la tuberculose ulcéro-fongueuse (anthrax tuberculoïde) ». J'en ai rencontré depuis deux cas tous au dos de la main; le dernier était un ouvrier, la lésion semblait avoir commencé par des folliculites agglomérées. D'autres fois ces lésions végétantes disséminées sur un placard infiltré simulent l'actinomycose (*Revue de Chirurgie*, 1918, p. 365).

(voir p. 762), le diagnostic avec la tuberculose s'appuie sur les signes suivants :

— Aspect robuste du porteur ; — absence d'antécédent personnel, héréditaire, d'ambiance tuberculeuse,

— Fréquente multiplicité des placards verruqueux soit en des régions différentes, soit sur un même placard érythémato-squameux,

— Début fréquent par des lésions multiples ;

— Début par une pyodermite et coexistence d'ecthyma sur d'autres points (voir figure 192, le pouce et l'index droits atteints d'ecthyma banal) ;

— Polymorphisme fréquent des lésions, une seule par exemple a pris l'aspect verruqueux ;

— Rapidité d'évolution, inférieure d'ordinaire à deux mois ; par exemple le placard verruqueux de la figure 192, qui atteint la grandeur d'une pièce de cinq francs, a commencé il y a cinquante jours seulement, alors qu'une tuberculose aurait demandé plusieurs mois et même plusieurs années pour atteindre ces dimensions.

— Forme souvent moins arrondie et bords souvent moins curvilignes, plus diffus, plus émiettés que dans la tuberculose ;

— Présence dans le placard verruqueux d'un petit abcès ;

— Transformation vue et suivie d'une pyodermite évidente en un placard verruqueux identique au placard douteux ;

— Enfin guérison rapide par les traitements antiseptiques qui ne guérissent pas les tuberculoses verruqueuses : c'est ainsi que le malade de la figure 192 a guéri en dix-huit jours sans radiothérapie, sans caustiques, par les simples pansements humides avec de l'eau résorcinée à 0,33 p. 100 ; puis par des cautérisations à l'eau d'Alibour et applications de pâte à l'oxyde jaune de mercure (*Paris médical*, 1917, n° 45).



FIG. 193. — Dermo-épidermite microbienne polymorphe de la jambe consécutive à blessure de guerre : forme érythémato-squameuse, érosive, vésiculeuse, suintante.



FIG. 194. — Dermo-épidermite microbienne polymorphe érythémato-squameuse, érosive, suintante eczématiforme, ulcérations ecthymateuses, etc...



FIG. 195. — Dermo-épidermite microbienne polymorphe, consécutive à une blessure de la cuisse, forme érythémato-squameuse polymorphe à bords *circinés*, semés d'ecthyma, datant de onze mois, guérie en 15 jours.

4^e Série : FORMES POLYMORPHES. — Ce sont de beaucoup les plus fréquentes et le polymorphisme est un des meilleurs signes diagnostiques (fig. 193, 194, 195). Sur un large placard, englobant le mollet, par exemple, il n'est pas rare de retrouver tous les aspects décrits ci-dessus, inégalement mêlés : — ici, larges placards rouges de pityriasis rubra à peine squameux, semés d'une ou de deux bulles purulentes, nettes ou plus ou moins masquées par les squames ; — là, érosions suintantes eczématiformes ; — là, desquamation en squames diffuses abondantes ; — bords ici diffus, comme dans le pityriasis faciei ; — là vaguement polycycliques avec ourlet épidermique décollé ; — souvent, lésions d'auto-inoculations autour du placard principal, etc.

Au milieu des squames plus ou moins diffuses, plus ou moins sèches, de toutes les variétés précédentes, un examen attentif découvre souvent des squames rondes de 3 à 10 et 20 millimètres, que mes observations prouvent être le reliquat des bulles avortées. Les bords des placards squameux sont souvent polycycliques et marqués par un ourlet blanchâtre d'épiderme décollé large de 1 à 2 millimètres, parfois davantage.

En résumé, le diagnostic est presque toujours facile lorsqu'on veut bien y penser, mais les épidermites microbiennes étant presque inconnues du public médical et méconnues même des spécialistes, les erreurs de diagnostic ont été de règle jusqu'à ces derniers mois.

Le plus souvent, on les confond avec l'eczéma, le psoriasis, les dermites artificielles ou médicamenteuses, les parakératoses, les troubles trophiques, lichen et lichénisation, etc. J'ai même vu des cas, diagnostiqués

dermatites exfoliatrices (v. p. 317). Le diagnostic est facile en recherchant les symptômes communs (v. p. 762) et spéciaux des épidermites et les signes de chacune de ces affections : vésicules et « puits » eczématisques, desquamation du psoriasis au grattage méthodique, etc.

Souvent on commet une demi-erreur : on diagnostique impétigo, ecthyma, etc., on ne voit qu'un des éléments de la lésion et l'on méconnaît l'épidermite en placard qui sert de base à ces pyodermites en les appelant « lésions irritatives¹ », etc. :

Parfois on diagnostique une autre infection : — syphilis, en raison de la forme circinée, de l'aspect papulo-squameux, des surfaces papulo-végétantes, d'une bordure ecthymateuse circinée, d'ulcération arrondie, ou de croûtes rupioïdes, etc.; — tuberculose; — mycoses : trichophyties ou mycoses profondes : actinomycoses, sporotrichoses, etc; — crawl-crawl; — ulcère tropical², etc. Pour éviter ces erreurs, il suffit

1. Trop souvent, on emploie les mots d'eczéma séborrhéique, etc., groupements commodes, comme autrefois la grippe en médecine ou l'hystérie en neurologie, mais termes imprécis et vides de sens étiologique.

2. J'insiste sur l'importance des dermoépidermites microbiennes en pathologie exotique (voir l'article cité de la *Revue de médecine, Journ. des Praticiens*, 1917, n° 11 et *Ann. de médecine*, 1918, p. 9).

Peut-être existe-t-il un vrai crawl-crawl dû à des filaires (*Rabdytis Niellyi*) ou à des protozoaires, mais beaucoup de crawl-crawl ne sont que des dermoépidermites streptococciques, etc.

Il existe sûrement des ulcus tropicaux d'ordinaire pseudo-membraneux dus à l'association fusospirillaire de Vincent ou à l'un des deux germes de cette association, mais un certain nombre d'ulcères dits tropicaux, d'ulcérations des pieds, parfois végétantes et mutilantes des pieds ne sont que des dermoépidermites microbiennes sur peau exotique ou sur Européen en pays tropical (V. figures 196-197, planche LXXVII).

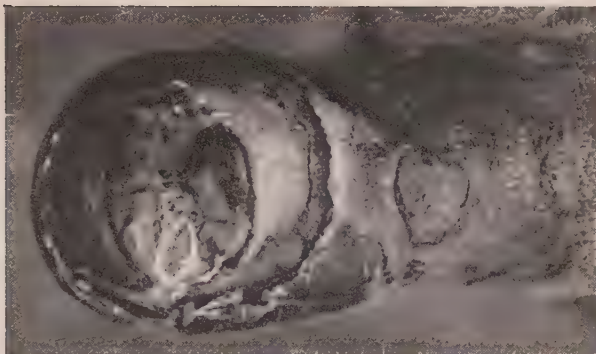


FIG. 196. — Dermo-épidermite microbienne « exotique », 1^{er} stade : bulleux et squameux, collerette cornée décollée.



FIG. 197. — Dermo-épidermite microbienne « exotique » : Sur le 3^e orteil, épidermite squameuse postbulleuse encore cerclée de la collerette cornée. Sur le 2^e orteil forme mixte : ulcération centrale en entonnoir ; bourrelet en couronne, végétant, à la partie moyenne ; collerette cornée périphérique. Sur le gros orteil, forme végétante et mutilante ayant amené la chute de la 1^{re} phalange : ulcération fongueuse et végétante

de penser systématiquement à la fréquence des dermo-épidermites microbiennes, de se rappeler les signes diagnostiques des épidermites microbiennes énumérées ci-dessus et de les comparer aux signes des syphilides tuberculeuses (v. chapitres XIV, XVII, XVIII de ce livre), etc.

Il faut enfin, dans les cas douteux, appliquer les traitements antiseptiques d'épreuve, et l'on verra que dans les cas complexes le traitement, faisant disparaître l'épidermite microbienne, laissait la dermatose associée, d'ordinaire plus lente à guérir¹ (v. p. 781).

FORMES INFANTILES². Chez le nouveau-né, le nourrisson, l'enfant, on peut observer les formes rencontrées chez l'adulte, surtout :

— les *épidermites érythémato-squameuses du cuir chevelu, des plis du cou et de la face* tachetées d'ordinaire de croûtelles d'impétigo et d'érosions *rétro-auriculaires*.

— les *dermoépidermites microbiennes érythémato-érosives, puis squameuses du siège*, favorisées par les souillures du

1. Un problème délicat à résoudre est celui de pathomimie. En effet, nous avons la preuve que certains malades négligeaient leur traitement d'entretien afin que les lésions reparaissent et les ramènent à l'hôpital. Nous avons eu la preuve que certains entretenaient les lésions existantes en les grattant, en les martelant, en les cautérisant, que d'autres se créaient des lésions, sans doute par des caustiques du genre potasse ou acide sulfurique (voir p. 824) ; en effet, ces lésions ne ressemblent à rien, ou elles persistent de façon anormale, ou elles se reproduisent de façon étrange, dès qu'on parle de faire sortir le malade ; surtout on voit les pansements cachetés à la cire, les appareils plâtrés ou silicatés, qui empêchent le malade de toucher à sa lésion, amener une guérison dans les délais habituels ; mais parfois la guérison est assez lente car la lésion, à force d'être irritée, a creusé en profondeur et s'est entourée d'un anneau infiltré, voire mêmes cléreux.

2. Voir *Journal des Praticiens*, 1917, n° 50 p. 785.

nourrisson, diffuses, envahissant les fesses, le périnée, les organes génitaux, souvent les faces internes et postérieures des cuisses : On diagnostique eczéma, dermites artificielles. Presque toujours il s'y ajoute des fissures douloureuses des plis, des exulcérations des fesses qui, souvent deviennent papuleuses et même végétantes faisant croire à la syphilis (*syphiloïdes postérosives* de Jacquet et Sevestre) (v. p. 395).

Les deux formes suivantes sont plus rares, mais importantes à connaître :

— *Dermoépidermites microbiennes faciales* de l'enfant à maximum périnarinaire, labial et péri Buccal, avec souvent ulcérations des commissures, fissures des lèvres, stomatite et glossite exulcéreuse avec épaississement leucoplasiforme de l'épithélium, rhinite, blépharite et parfois kératite... On diagnostique régulièrement *hérédosyphilis*; mais si le diagnostic est très difficile lorsqu'on ne regarde que la langue et les ulcérations des lèvres, il devient facile lorsqu'on détaille les lésions cutanées : coulées sous-narinaires, aspect érythémato-squameux des dermoépidermites microbiennes ci-dessus décrites sur le pourtour cutané des lèvres et des joues; pityriasis du cuir chevelu; intertrigo rétro-auriculaire, blépharite ciliaire, etc., et, sur la muqueuse de la face interne des joues, les érosions sont plus nombreuses, plus irrégulières que les plaques muqueuses; les taches rouges de la langue sont irrégulières, déprimées, plutôt cicatricielles qu'en activité.

— *Dermoépidermites microbiennes généralisées*, érythémato-squameuses, avec souvent érosions, etc., survenant surtout dans les premiers jours de la vie ou dans les premiers mois. Les points de départ les plus fréquents sont le siège (à la suite de diarrhée), le pourtour de la bouche et parfois les yeux atteints de conjonctivite, les plis cutanés. On les confond avec les éruptions toxialimentaires,

l'eczéma, la dermatite exfoliatrice des enfants à la mamelle, etc.; les signes diagnostiques sont les mêmes que chez l'adulte. (v. p. 317).

*
* *

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

L'évolution est chronique, le début est lent ou rapide et parfois même aigu commençant par un érysipèle; la progression est d'ordinaire rapide autour du foyer initial, avec souvent des auto-inoculations à distance. Parfois un érysipèle complique l'évolution de l'épidermite, l'exaspère et même la généralise.

Les complications sont rares — sauf l'eczématisation secondaire — : transformation chéloïdienne des cicatrices, transformation verruqueuse des placards (v. ci-dessus p. 775).

La *régression spontanée* est l'exception et toujours incomplète; il faut donc opposer la *chronicité désespérante des lésions non traitées* à la *guérison rapide des lésions traitées*. En effet, sauf exception, ces épidermites guérissent en deux à six semaines, rarement huit semaines, à moins qu'il n'y ait dermatose associée : eczéma, pyodermes récidivantes (folliculites, ecthyma bulbeux), ecthyma ulcéreux fixe, fistules et clapiers profonds, troubles trophiques cutanés, mauvais état du tégument (cicatrice de brûlure⁴)... ou plus exactement les lésions cutanées guérissent en deux temps, le traitement fait disparaître rapidement l'épidermite microbienne; mais il reste l'eczéma ou la dermatose associée, souvent

4. Il faudra se méfier des pathomimies (voir p. 779 et 820).

longs à disparaître. On doit par conséquent rechercher avec soin la présence des vésicules d'eczéma et de ces dermatoses associées retardantes : leur constatation doit faire faire des réserves pronostiques sur les délais de guérison.

Sauf association, la guérison est donc rapide ; mais la récurrence est de règle si l'on cesse le traitement aussitôt après la guérison apparente des lésions ; il faut par conséquent continuer le traitement deux à quatre semaines après la guérison apparente : traitement d'entretien ou de sûreté. (v. p. 795).

* * *

TRAITEMENT

Règles générales

Le traitement variera suivant la forme et le stade des lésions, suivant la résistance du tégument, et les associations (eczéma, ecthyma récidivant, ecthyma fixe).

Suivant la forme ou le stade des lésions, on ordonnera : — des pansements humides au permanganate de potasse, au sulfate de cuivre, à la résorcine, puis des pâtes à base de mercuriaux (oxyde jaune de mercure, calomel associé au tanin) et des pulvérisations, aux formes suppurées ; — des pâtes d'Alibour, puis des pâtes réductrices ou picriques faiblement et progressivement graduées aux formes séreuses suintantes, eczématisées ; — des pâtes réductrices de plus en plus fortes aux formes sèches risquant encore de s'irriter ; — des pommades réductrices et « baumes » réducteurs complexes forts aux formes sèches non irritables.

Suivant qu'il y a ou non eczéma et menace eczéma-teuse, on agira plus ou moins fort. Il faut en effet craindre l'irritation cutanée qui entrave et retarde les effets du traitement. Par conséquent, et sauf dans les formes sèches non irritables on emploiera toujours la forme *pâte* (c'est-à-dire un mélange poreux, fortement chargé de poudres inertes) et non la forme pommade; toujours on préférera à la vaseline, qui risque d'irriter, les huiles ou les crèmes (v. p. 119) Pour être à l'abri des « à-coups » et graduer facilement l'action thérapeutique, j'emploie le procédé des deux pots (v. p. 187)¹ et j'essaye sur de petites surfaces les préparations actives.

Suivant les associations d'ecthyma, on variera les actions cautérisantes et cicatrisantes : azotate d'argent et crayon de zinc, eau d'Alibour, pâtes d'Alibour, pâtes résorcinées, etc.

Partout et toujours on se souviendra que le nitratage (badigeon de la peau avec une solution de nitrate d'argent allant de 1/50 à 1/10) est le meilleur antiseptique, cautérisant, cicatrisant, antiprurigineux. Sauf exception de formes très irritables, le nitratage devra donc être employé dans toutes les épidermites microbiennes et fréquemment répété.

Dans les lésions des membres inférieurs on se souviendra que le repos au lit, avec le pied plus haut que

1. *Procédé des deux pots* : l'un d'une préparation active (pâte réductrice ou baume); l'autre d'une préparation inerte (pâte à l'oxyde de zinc) qui sert à diluer plus ou moins la préparation active; par exemple en admettant que le premier chiffre représente le nombre de parties de la préparation active et le second chiffre, le nombre de parties de la préparation inerte, le malade appliquera successivement les mélanges 1 et 9, 2 et 8, 3 et 7, etc., jusqu'à employer la pâte réductrice forte ou le baume purs.

l'aine, la gymnastique du pied et des orteils, le massage léger sont des adjuvants souvent indispensables¹

I. — FORMES SUPPURÉES

1° Formes enflammées croûteuses, bulleuses. — Le traitement est antiphlogistique et antiseptique : pansements humides, pulvérisations, cautérisations.

Lorsque la lésion rouge enflammée est parsemée de *croûtes épaisses*, parfois rupioïdes, il faut déterger par des pulvérisations et des pansements humides. On peut se servir d'eau pure; mais, de crainte que l'humidité ne fasse étuve et ne favorise la pullulation microbienne, il est utile d'ajouter à l'eau un antiseptique non irritant : oxycyanure de mercure à 1/10 000 et même chlorure de zinc à 1/10 000 à 1/1 000 permanganate de potasse ou sulfate de cuivre à 1/10 000, à 1/4 000 dans les formes très suppurantes, eau d'Alibour diluée à 1/100 à 1/10 ou eau résorcinée à 1/800 à 1/100 dans les formes ecthymateuses et impétigineuses. On fait par exemple une, deux, trois pulvérisations par jour avec l'eau résorcinée à 1/200 à 1/100, et, dans l'intervalle, on applique deux, trois, quatre pansements humides avec de l'eau résorcinée à 1/1 000 à 1/300 ou permanganate à 1/5 000 suivant la tolérance. On détache croûtes et squames ramollies à la pince, on fait un badigeon de nitrate d'argent ou de sulfate de cuivre, ou de permanganate de potasse à 1/20 et on continue pansements et pulvérisations².

1. Dans les formes suppurantes staphylococciques j'emploie l'étain par la bouche ou les injections d'étain colloïdal comme dans la furonculose.

2. Balzer recommande les pansements humides, les bains au permanganate de potasse à 0,10 p. 1 000 et les badigeons avec une solution forte à 5 p. 100.

Lorsqu'en l'absence de croûtes, les lésions sont vivement *enflammées*, rouges, œdémateuses, chaudes, douloureuses, la même alternance de pulvérisations et de pansements humides inaugurera le traitement : on se méfiera de l'irritabilité cutanée, et on n'emploiera que de très faibles doses d'antiseptiques.

Lorsqu'aux lésions précédentes s'ajoutent des *bulles ou débris de bulles* purulentes, il est nécessaire, avant la pulvérisation, d'ouvrir ces bulles et clapiers épidermiques avec des ciseaux mousses et une pince flambée, d'exciser les lambeaux d'épiderme, de récliner en dehors tous les lambeaux bulleux, décollés, afin d'agir *jusqu'au fond du sillon* de la bulle qui est zone d'accroissement. On poursuit donc tous les récessus, on déterge le pus avec un tampon sans frotter, sans inoculer les parties voisines, puis on pratique la pulvérisation, résorcinée par exemple. Enfin, après la pulvérisation, on cautérise chaque bulle ouverte avec l'eau d'Alibour pure ou diluée à 1/5, 1/3, 1/2 jusque dans le fond de l'ourlet bulleux.

Il faut matin et soir, s'ingénier à poursuivre les pustules et bulles naissantes. Lorsqu'il s'agit de pustules péripi-laires, on arrachera le poil malade à la pince.

Ce traitement sera appliqué deux, trois, quatre, cinq jours, rarement davantage. Bientôt l'inflammation s'apaise, les croûtes sont tombées, les bulles purulentes deviennent plus rares, on peut faire le traitement suivant moins astreignant.

2° Formes suppurées non enflammées (*formes à fines vésicules purulentes, à bulles rares, etc.*). — Le traitement est celui de l'impétigo et de l'eczéma (voir p. 389, etc.).

Matin et soir on fera succéder les quatre opérations suivantes :

— Ouvrir les bulles, etc. (voir-ci-dessus);

— Pulvérisation, si possible, à l'eau résorcinée à 1/200, puis à 1/100;

— Cautériser les bulles ouvertes à l'eau d'Alibour pure ou diluée ou au permanganate au 1/20.

(Tous les trois ou quatre jours on fera à ce moment un nitrage de *tout* le placard d'épidermite avec la solution de nitrate ou de permanganate ou de sulfate de cuivre à 1/15 ou 1/25, 1/50, si la solution au 1/15 était irritante.)

— Appliquer enfin une couche assez épaisse de la pâte au calomel et tanin (v. p. 390) ou mieux :

Oxyde jaune de mercure lavé.	0 gr. 10 à 1 gr. ¹
Talc	} à 30 gr.
Oxyde de zinc	
Huile d'amande douce.	40 gr.

Les jours suivants, on usera des pâtes d'Alibour (De Hérais) en les graduant suivant l'intensité des lésions et suivant la tolérance de la lésion :

Sulfate de zinc.	0,50 à 5 gr.
Sulfate de cuivre.	0,50 à 10 et 20 gr.
dissous et incorporé à la lanoline.	
Soufre précipité lavé (facultatif).	5 à 50 gr.
Oxyde de zinc.	150 gr.
Lanoline.	100 gr.
Vaseline Q. S. pour 1 000 gr.	

3° Formes irritables. — Lorsque les lésions sont irritables et supportent mal les pâtes mercurielles ou la pâte d'Alibour forte, on emploiera les pâtes et crème

1. Lorsque l'épiderme est irritable, il faut commencer par de faibles doses de sel mercuriel, puis on élève rapidement à 1 p. 100; on se méfiera des plus fortes doses qui ne présentent aucun danger d'intoxication, mais risquent d'irriter surtout au bout de quelques jours. Aussi employons-nous souvent d'emblée une dose moyenne, par exemple, 1 p. 100 ou même forte 2 p. 100. Puis, baissions-nous progressivement à 0,75, 0,50 et même 0,30 p. 100.

d'Alibour faibles (v. p. 389), en les diluant si besoin par le procédé des deux pots (v. p. 93.) On pourrait essayer aussi la formule de Dubreuil (v. p. 390) ou les mêmes pâtes d'Alibour additionnées de 1 à 10 p. 100 de goudron, ichthyol, etc., et de 1 à 10 p. 100 d'acide salicylique.

Parfois, après quelques jours de traitement par les pâtes, on croira s'apercevoir que les pâtes entretiennent la suppuration; on fera donc des nitratages bi-hebdomadaires, et matin et soir, ou une seule fois par jour, un poudrage avec : — soit la poudre d'Alibour. — soit oxyde de zinc 100 et 10 à 30 de peroxyde de zinc; — soit : oxyde de zinc, talc, sous-nitrate de bismuth à à avec ou sans calomel 0,50 p. 100; — soit talc 90, borate de soude 10, etc.

Il est rare que la suppuration persiste au delà de trois à huit jours. Le plus souvent la forme suppurée se transforme en variété séreuse, suintante, eczématiforme, du troisième au sixième jour. Il n'y a pas intérêt à continuer les mercuriaux et antiseptiques, car ils risquent d'irriter; on appliquera les traitements suivant des formes « sereuses ».

Si l'on hésite, à cette période de transition, rien de plus facile que d'associer oxyde jaune de mercure et huile de cade :

Oxyde jaune de mercure.	1 gr.
Huile de cade.	10 à 20 gr.
Huile d'olive	30 à 20 gr.
Talc	} à 30 gr.
Oxyde de zinc	

Dans les cheveux et les parties velues, il serait plus commode d'appliquer :

Oxyde jaune de mercure	1 gr.
Huile de cade.	10 à 20 gr.
Huile d'olive	90 à 80 gr.

(Facultativement teinture de bois de Panama quand le mélange se fait mal et soufre précipité lavé.)

Et l'on continuera, une à deux fois par semaine, le nitratage général de toute la lésion.

Il faut se rappeler que les formes suppurées n'aiment pas les pommades et les baumes; il ne faudra donc jamais « sauter » des traitements par les pâtes mercurielles ou les pâtes d'Alibour au baume pur : un traitement intermédiaire par les pâtes réductrices est indispensable, sinon la suppuration reparaît et des bulles plus ou moins masquées repullulent. Je n'applique des baumes qu'à la fin de l'évolution de ces formes suppurées et alors qu'elles se sont transformées en épidermite sèche, pour hâter la réfection de l'épiderme.

II. — FORMES HUMIDES SUINTANTES ECZÉMATIFORMES.

Le placard rouge, squameux, érodé et suintant, est encore irritable, il risque de se réinfecter, d'où la nécessité des pâtes poreuses *non occlusives*; il risque de s'irriter, de s'eczématiser, d'où la nécessité de graduer l'action réductrice. Il faut agir le plus vite et le plus puissamment possible, sans pourtant « réenflammer »; aussi devra-t-on utiliser les mélanges progressifs prudents de pâte active et de pâte inerte par le système des deux pots.

Tous les trois, quatre, ou sept jours, on pratiquera un nitratage ou un badigeon de permanganate sur toute la lésion.

Matin et soir on appliquera une couche assez épaisse d'un mélange de pâte blanche inerte (talc, oxyde de zinc, huile à parties égales) et de pâte grise de Gaucher

(v. p. 189) ou d'un baume réducteur (v., p. 92, baume de Duret ou de Baissade).

On commence par un mélange de : 4 partie de baume et 9 parties de pâte blanche (v. p. 185) pour arriver rapidement à 3 parties de baume et 7 parties de pâte blanche (mélange dit 3 et 7, le plus employé) ou de 2 parties de pâte grise et 8 de pâte blanche pour arriver à 5 parties de pâte grise et 5 parties de pâte blanche.

Avec ces deux préparations, l'une inerte, l'autre active, il est facile de graduer à l'infini l'action médicamenteuse. La peau supporte-t-elle les réducteurs? on augmente le baume; au contraire, la peau s'irrite-t-elle, *ce dont on s'aperçoit à la tension, à la rougeur et surtout à la chaleur, facile à percevoir au palper*, à travers la couche de pâte, il faut revenir en arrière à un mélange moins fort.

Au bout de huit à quinze, vingt jours, en surveillant le malade surtout au palper pour apprécier si la lésion « chauffe », on arrive progressivement au baume pur ou à la pâte Gaucher pure.

Sauf exception, en particulier sauf formation de bulles purulentes, il ne faut pas enlever l'enduit de pâte adhérent à la peau (si on voulait l'enlever, il faudrait le ramollir avec de l'huile ou mieux encore avec une pulvérisation, puis avec des tampons huileux); il faut respecter cet enduit adhérent; on remet la pâte par-dessus la première couche et seulement aux endroits qui s'écaillent. L'adhérence de la couche de pâte est un signe de guérison, elle prouve que le suintement s'est tari et que l'épiderme se reforme.

A la fin du traitement de cette forme, je recommande l'artifice suivant : laisser en place l'enduit de pâte adhérent et sec, et l'imbiber de baume pur. Le baume imprègne la pâte, se combine à elle et s'y dilue; son action serait donc progressive.

Si les lésions tendaient à rester suintantes, on userait

d'une pâte d'Alibour ou d'une pâte à l'oxyde de zinc additionnée 1 p. 100 d'acide picrique (v. p. 187, note 1).

III. — FORMES SÈCHES SQUAMEUSES

Là encore, le traitement doit être gradué suivant la tolérance.

— Lorsque l'une des lésions précédentes, séreuses ou suppurantes, est devenue sèche ou lorsque, dès les premières semaines, les lésions sont rouges, à tendance irritable ou inflammatoire, il faut les traiter comme les formes précédentes : nitrage, applications de mélange 3 et 7. Suivant la tolérance on arrive plus ou moins vite au baume pur ou mieux à l'application quotidienne de baume par-dessus la couche de pâte grise laissée adhérente. Au bout de douze à quinze, vingt jours, quand cette couche s'écaille naturellement ou lorsqu'on soulève délicatement des lambeaux avec une pince à mors plats et mousses, on est heureusement surpris de trouver au-dessous de cet enduit l'épiderme rosé et réparé.

— Lorsque d'emblée l'épidermite est sèche, plus ou moins psoriasiforme et ne semble pas irritable, on peut employer immédiatement le baume pur (v. p. 92) ou les pâtes fortes (v. p. 189) ; néanmoins je crois plus prudent de faire comme dans le paragraphe précédent : nitrage tous les trois à sept jours, application une à deux fois par jours pendant deux à trois jours du mélange 3 et 7 (3 parties de baume et 7 parties de pâte blanche) ou du mélange à parties égales de pâte Gaucher et de pâte blanche. Puis, quand on est certain que l'épiderme n'est pas irritable, on applique le baume pur par-dessus l'enduit de pâte laissé adhérent.

— Parfois les squames résistent au traitement ; il faut alors les décaper, par exemple par imbibition avec de

l'huile résorcinée à 1 ou 20 0 ou mieux par des pansements humides avec l'eau résorcinée à 1/100 à 1/500.

— Exceptionnellement la lésion squameuse psoriasiforme reste *torpide*, il faut alors la traiter comme un psoriasis rebelle, par exemple par la pâte de Drew (v. p. 236). Il se produit alors souvent une inflammation salutaire (rougeur, etc.) qui semble déclencher le processus de réparation; on calme par quelques pulvérisations et applications du mélange 3 et 7.

IV. — FORMES POLYMORPHES

Ce sont les plus fréquentes et les plus délicates à traiter, on variera l'action thérapeutique suivant chaque segment; dans mon service, les « marqueteries » de pâtes sont fréquentes sur une même jambe; ici, pâte à l'oxyde jaune sur des placards érodés purulents, superficiels, et là, gouttes de pâte résorcinée sur de petites ulcérations ecchymateuses profondes après nitrage quotidien et crayon de zinc; là, pâte d'Alibour sur des segments suintant du séropus; là, pâte Gaucher ou mieux mélange de 3 parties de baume et de 7 parties de pâte blanche sur les lésions eczématiformes; là, baume pur appliqué sur l'enduit de pâte grise recouvrant des zones squameuses sèches, non irritables, etc.

Dès que les segments ne suppurent plus, les pâtes mercurielles sont remplacées par les pâtes d'Alibour; puis j'emploie les pâtes réductrices progressivement fortes (3 et 7, etc.); enfin, dès que la sérosité sèche, j'applique le baume pur par-dessus la pâte adhérente: sur ces points, le traitement se fait donc en 3 stades... Partout et toujours j'affectionne le nitrage: nitrage quotidien

sur les ulcérations, nitratage bihebdomadaire général sur tout le placard.

FORMES INFANTILES. — Le traitement des dermoépidermites microbiennes infantiles repose sur les mêmes règles que celui des formes de l'adulte, mais en tenant compte des susceptibilités infantiles.

Voici trois exemples :

1° *Épidermite généralisée* (v, p. 317) : « Le traitement fut l'inverse, disais-je¹, du traitement classiquement ordonné lorsqu'on croit à un eczéma ou à une dermatite exfoliatrice, etc. ; on réduit alors l'alimentation de l'enfant pour le désintoxiquer, on n'applique que des topiques calmants de crainte d'irriter ; au contraire, je demandai de nourrir l'enfant au maximum afin de lui permettre de mieux lutter contre l'infection, bien entendu sans excès et en réglant soigneusement les tétées. »

Localement je recommandai d'alterner de jour en jour une pâte antiseptique (pâte ou crème d'Alibour, v. p. 389) et une pâte ou crème réductrice (goudronnée, cadique, ou ichthyolée à 10 p. 100 : v. p. 120) ; on dilue ces préparations avec une crème ou pâte inerte, en un mot, on gradue par le procédé des deux pots (v. p. 93). Tous les jours, le matin, bain au permanganate de potasse à 0,10, à 0,20 p. 1000 ; le soir, et à chaque souillure, lavages avec du collosol cadique ou de l'eau contenant 10 p. 100 de coaltar saponifié.

Sur le corps les pâtes sont préférables en talquant par-dessus ; dans les régions velues mieux vaut user des crèmes.

Sur les lésions suppurées, suintantes, érosives, je préfère les pâtes d'Alibour ; sur les formes inflammatoires

1. *Journal des Praticiens*, 1917, n° 50.

subaiguës les crèmes ichtyolées et sur les formes chroniques érythémato-squameuses, les pâtes réductrices...

Le traitement des bulles et ulcérations est le même que chez l'adulte; le nitratage et les pâtes mercurielles ne doivent être employés que sur de petites surfaces.

2° *Dermoépidermite du siège avec ulcérations syphiloïdes*, etc. (voir pages 396 et 397).

3° *Dermoépidermite microbienne faciale avec lésions buccolinguales*, etc. (v. p. 780). Dans un cas semblable, chez un enfant de 5 ans, j'ordonnai :

« Autour des yeux, sur les paupières très enflammées, œdémateuses, rouges, avec petites érosions purulentes, panser matin et soir avec :

Oxyde jaune de mercure lavé. 0 gr. 10
Vaseline blonde vérifiée neutre. 40 gr.

« Cautériser, matin et soir, les fissures des lèvres avec la solution de bleu de méthylène à 5 p. 100.

« Sur et autour des lèvres, sous les narines, sur le menton et les parties attenantes, exiger qu'il ait constamment de la pâte d'Alibour (v. p. 389).

« Laver l'intérieur du nez avec de l'eau salée chaude résorcinée à 4 p. 1000, et instiller quelques gouttes d'huile goménolée à 5 p. 100.

« Se gargariser matin et soir et après chaque repas avec une solution aqueuse chaude de chlorate de potasse à 2 p. 100 et badigeonner 3 fois par jour toute la langue et les lésions exulcérées de la bouche avec l'eau de Saint-Christau ou avec une solution de sulfate de cuivre de 0,40 à 1 p. 100 ou avec la solution de bleu de méthylène à 5 p. 100.

« Sur les lésions cutanées squameuses des joues, du cou, etc., appliquer matin et soir le mélange de 3 parties de baume de Duret et de 7 parties de pâte inerte à l'oxyde

de zinc. Dans les sillons rétro-auriculaires, nitrater deux fois par semaine et oindre avec le même mélange 3 et 7.

« Sur le cuir chevelu squameux, crème d'Alibour et bientôt baume de Duret pur ou dilué avec de l'huile. »

Traitement des complications

Les bourgeons charnus et végétations humides de la blessure initiale ou des ulcérations secondaires seront réprimés par un nitratage quotidien, suivi d'attouchements au crayon de zinc, et par les pâtes résorcinées de 5 à 40 p. 100. Souvent il suffit d'approcher à 5 ou 10 millimètres le couteau du thermocautère sans toucher.

Les végétations sèches squameuses, qui souvent simulent les tuberculoses verruqueuses et sont parfois très tenaces, seront touchées au début par le nitratage quotidien et les pansements avec les pâtes antiseptiques additionnées de 1 à 5 p. 100 de résorcine; puis en cas d'échec on appliquerait des pansements humides à l'eau résorcinée à 1/500 à 1/100; enfin, en désespoir de cause, si les végétations sèches restaient inattaquées, on les saupoudrerait avec le mélange de résorcine 15 gr., gomme arabique pulvérisée 5 gr., après avoir humidifié la lésion pour que la poudre adhère. S'il y a nouvel échec, on raclerait à la curette, ou l'on détruirait au thermocautère, ou mieux, on alternerait dans la même séance aéro-thermo-cautérisation et curettage (v. p. 524).

Les ulcérations fixes, suppurées seront traitées comme des ecthymas rebelles (v. p. 394): cautérisations au nitratre, puis au crayon de zinc, puis pâtes mercurielles, salicyliques ou au sous-carbonate de fer (v. p. 395) et poudres d'Alibour (v. p. 393).

Les ulcérations torpides seront traitées comme des ulcères variqueux: par les boues radioactives, etc. (v. p. 805) en

se méfiant de la syphilis associée et en tentant systématiquement le traitement mercuriel et ioduré.

Les *ecthymas* et *pustules récidivantes* seront traités comme des *ecthymas* par la pâte ré-orscinée, comme des *sycosis* par l'épilation, la cautérisation iodée, etc., en se méfiant des pathomimies (v. p. 830).

L'*eczéma associé ou intercurrent* sera traité suivant le mode habituel (v. p. 191) en supprimant les irritations et en usant des pulvérisations, pansements humides à l'eau bouillie, puis des pâtes inertes (v. p. 183); on ne recommencera les réducteurs que très prudemment (v. p. 185).

Traitement de sûreté et d'entretien

La récurrence est constante, si l'on cesse trop tôt le traitement; un traitement de sûreté est donc nécessaire (voir p. 418); on exigera pendant 15 jours au moins, 30 jours si l'on peut, une surveillance attentive (des pastouillettes surtout) et l'application du mélange 3 et 7 avec ou sans baume par-dessus, ou la pâte d'Alibour moyenne. On évitera la transpiration, les culottes et molletières qui serrent la jambe et déterminent des frottements...

On s'efforcera surtout de détruire les derniers repaires microbiens : intertrigos rétro-auriculaires, etc., qui constituent des reliquats dangereux sensibilisant l'organisme et des foyers de récurrences¹ aiguës ou chroniques.

1. Gougerot : Danger des épidermites microbiennes méconnues. Prophylaxie de l'érysipèle de la furonculose, etc., par la destruction des repaires cutanés microbiens (*Paris médical*, 1918, n° 44, p. 348).

* * *

IMPORTANCE PRATIQUE PRONOSTIQUE ET THÉRAPEUTIQUE DES ÉPIDERMITES MICROBIENNES.

Les dermoépidermites microbiennes, trop souvent méconnues, ont une importance doctrinale et pratique qu'on ne saurait trop souligner. La fréquence et l'importance pratique de ces faits a été une des révélations de la guerre; elle se juge aux résultats obtenus :

« De nombreux blessés, disions-nous, restent pendant des semaines et des mois immobilisés par des complications cutanées de leurs plaies de guerre : tel soldat de mon service, blessé à la jambe en septembre 1914, ne voyait pas guérir les lésions cutanées, soi-disant eczéma-teuses, qui s'étaient étendues autour de sa plaie; tel médecin, blessé de guerre à la cuisse, désespérait de voir finir des lésions qui avaient envahi, depuis onze mois, la cuisse et la jambe; il a guéri en 15 jours... Lorsque le diagnostic exact est posé, permettant une thérapeutique appropriée, ces épidermites guérissent en deux à six semaines, à moins de dermatose associée : eczéma, ecthyma.

« De nombreux soldats contractent, sans blessure de guerre, des infections cutanées qui revêtent le même aspect, et ces épidermites microbiennes s'éternisent pendant des semaines, des mois et des années, si l'on méconnaît leur diagnostic. Or, lorsque le traitement est approprié et appliqué, ils guérissent en deux à huit semaines : tel médecin infecté pendant la campagne du

Cameroun a guéri, en vingt-cinq jours, de lésions qui duraient depuis sept mois : tel soldat a guéri en dix-sept jours de lésions datant de dix-huit ans!...

« Non traitées, les épidermites ont de nombreux inconvénients : — 1° elles persistent indéfiniment, gênantes, souvent douloureuses, empêchant la marche, le travail d'un ouvrier, l'entraînement d'un soldat; — 2° elles peuvent se compliquer de poussées aiguës graves, notamment d'érysipèle; — 3° elles empêchent les interventions chirurgicales ou augmentent les chances d'infections; — 4° elles aggravent singulièrement toute blessure qui entame le derme en ensemençant les plans profonds avec les microbes de ces épidermites et déterminant des lymphangites, phlegmon, etc.; — 5° la reprise, ou la récidive sont de règle s'il y a eu régression spontanée; — 6° les auto-inoculations en d'autres régions sont très fréquentes, « multipliant » et aggravant la maladie; — 7° enfin elles peuvent être la source de contagion pour les voisins de lit : opérés, etc.

« On voit tout l'intérêt de savoir reconnaître et traiter ces dermoépidermites microbiennes de guerre : en deux à huit semaines, sont récupérés des blessés ou malades qui retournent aux armées; des réformés, des militaires du service auxiliaire; sont reversés dans le service armé; les grands blessés voient s'écourter leur séjour dans les hôpitaux, pour être mis en réforme ou versés dans le service auxiliaire, d'où économie d'hommes, de lits d'hôpital, de journées d'hospitalisation, de pansements et de médicaments, de temps et de travail ¹. »

1. Voir p. 490 à 492 du travail de la *Revue de médecine* (cité p. 756 note 1 de ce livre), les tableaux des malades avec durée de la dermatose et durée du traitement.

Aussi, devant toute lésion de l'épiderme chez nos blessés, devant toute dermatose chez nos soldats, qui n'est pas franchement de l'eczéma ou du psoriasis, il faut penser systématiquement aux dermoépidermites microbiennes qui peuvent revêtir tous les aspects signalés ci-dessus. Mais ces infections n'ont pas qu'une importance « de guerre » ; elles se retrouveront fréquentes en temps de paix, maintenant qu'on les connaît, sur des accidentés du travail, chez les suppurants (pleurotomisées, etc.), sans compter les formes dites spontanées.

... La connaissance des dermoépidermites microbiennes est donc une des plus importantes acquisitions de la dermatologie française en ces dernière années.

CHAPITRE XXV

DERMATOLOGIE DE GUERRE

COMPLICATIONS CUTANÉES DES PLAIES

. Infections aiguës immédiates : suppuration : érysipèle, gangrène gazeuse, etc., p. 800.

II. Infections subaiguës et chroniques, p. 800 :

1° Infections persistantes subaiguës : suppuration ; et aiguës érysipèle, etc., p. 801.

2° Ulcérations chroniques torpides (ulcères dits trophiques), p. 803 ; nécessité de varier et combiner les moyens thérapeutiques : traitement par les antiseptiques, p. 804 ; — applications calmantes et boues radioactives, p. 805 ; — traitements physiques (kinésithérapie, etc.), p. 806 ; — greffes, etc., p. 807.

3° Syphilis post-traumatiques, p. 809, et lésions syphiloïdes p. 811 ;

4° Mycoses, tuberculoses et lésions tuberculoïdes, p. 812 ;

5° Épithélioma post-traumatique, p. 813 ;

6° Cicatrices fibreuses, p. 813 et ulcérations sur bloc fibreux ;

7° Chéloïdes, p. 814.

8° Œdèmes éléphantiasiques authentiques et simulés, p. 814 ;

9° Troubles trophiques p. 816.

III. Affections cutanées en surface : eczéma, psoriasis, etc. : fréquence et importance des *dermoépidermites microbiennes*, p. 818 (voir chap. XXIV, p. 755).

IV. Affections cutanées simulées ou entretenues : pathomimie, p. 819 (voir chap. XXVI, p. 820).

I et II. — INFECTIONS AIGUËS, SUBAIGUËS ET CHRONIQUES

Les complications cutanées « immédiates », « prochaines », des plaies de guerre : infection suppurée banale, érysipèle, gangrène gazeuse, pourriture d'hôpital, etc.¹, sont d'autant plus rares que la désinfection a été plus rapide : poudre de Vincent (9 parties d'acide borique, 1 partie d'hypochlorite de chaux²) au poste de secours pour le premier pansement, irrigation au Dakin-Carrel³ à l'ambulance, suture primitive ou secondaire, etc. Ces infections aiguës sont plus du domaine chirurgical que du domaine dermatologique. Cette protection empêchera aussi l'éclosion des infections banales sub

1. Voir chap. VIII, p. 424, sérothérapie et applications térébenthinées. Il est probable que le phagédénisme géométrique de Brocq et Clément Simon a dû être, lui aussi, inoculé sur plaie de guerre (voir p. 422).

2. Paul Duret préconise la poudre suivante : chlorure de chaux 1 gramme, carbonate de magnésie 9 à 4 grammes.

3. Formule du liquide de Dakin :

Carbonate de soude sec.	140 gr.
(ou carbonate de soude cristallisé)	400 gr.)
Chlorure de chaux	200 gr.
Eau ordinaire.	10 000 gr.

Faire macérer, filter et ajouter :

Acide borique.	40 gr.
------------------------	--------

Paul Duret préconise le liquide suivant, plus actif et moins irritant :

Chlorure de chaux	28 gr.
Sulfate de magnésie	18 gr. 20
Eau ordinaire.	1 000 gr.

Triturer, filtrer, employer pur ou dilué d'une à quatre parties d'eau bouillie, suivant la tolérance.

aiguës et chroniques, des mycoses, tuberculoses, syphilis (°) dont les germes peuvent être inoculés par la blessure ou secondairement.

Mais faute de soins au début, ou malgré ces soins, il est fréquent que les plaies se compliquent de lésions cutanées diverses ou ne se cicatrisent pas (alors même qu'il n'y a plus de corps étrangers inclus, et que l'ostéomyélite est éteinte, etc.). Les causes profondes ayant été éliminées (en se souvenant que nombre de corps étrangers et débris osseux enflammés sont invisibles à la radiographie), il faut envisager plusieurs cas :

1° INFECTIONS PERSISTANTES SUBAIGÜES, par les germes banaux, streptocoques, staphylocoques, pyocyaniques, etc. Ce sont, chez des blessés récents, ou à la suite d'intervention, chez des blessés anciens « réchauffés » des plaies suppurantes larges ou étroites, à fond plat ou plus souvent anfractueux.

Il faut tenter les antiseptiques lorsqu'il existe encore des phénomènes aigus ou subaigus inflammatoires : *irrigation* suivant la méthode de Carrel avec le liquide de Dakin (v. p. 800) ou le liquide de Duret (v. p. 800), ou le liquide d'Auguste Lumière :

Amidon soluble	25 gr.
Eau bouillante.	1 000 gr.
Solution iodo-iodurée à 1 p. 100 . . .	50 ^{cm3} .

en protégeant le pourtour avec la pâte d'Alibour (v. p. 389).

Puis, lorsque l'inflammation s'apaise : on usera des poudres d'Alibour (v. p. 393), de Duret (v. p. 800), poudre d'étain sur la plaie ; — de la pâte d'Alibour (v. p. 389) ou à l'oxyde jaune de mercure (v. p. 390) ou à l'oxyde d'étain

ou aux deux oxydes mêlés¹ sur les bords et sur la peau environnante. Ou bien on appliquera les mêmes pâtes à la fois sur la plaie et sur ses bords, sans poudrage.

Dès que la plaie n'est plus infectée, on vante la protection donnée par les mélanges paraffinés appliqués à 60°-70° avec un pinceau ou mieux avec un pulvérisateur spécial (v. p. 678), on renouvelle le pansement tous les deux jours sans se préoccuper de l'odeur aigrelette du suintement (Barthe de Sandfort).

D'emblée, ou secondairement si l'infection est rebelle, on peut essayer des procédés plus spéciaux :

— L'infection staphylococcique sera combattue par l'étain à l'intérieur (à la dose de 2 cachets de 0,50 par jour) (v. p. 440), et à l'extérieur : lavage et pansement avec une « solution de protochlorure d'étain à 5 ou 10 gr. par litre dans l'eau glycinée. » (Grégoire et Albert Frouin.)

— Lorsqu'il y a du pyocyanique, on usera de pâtes picriquées (v. p. 487). H. Bourgeois recommande la formule suivante imitée de Lucas Championnière :

Essence d'origan.	} à à 0,25
— de verveine	
— de géranium.	
Baume du Pérou	2 gr.
Vaseline	20 gr.

— On a été amené à tenter la vaccinothérapie avec les stock-vaccins antistaphylococciques et auto-vaccins, la sérothérapie avec les nouveaux sérums de l'Institut

1. Lanoline	10 gr.
Carbonate de magnésie.	10 gr.
Huile d'amande douce	25 gr.
Eau distillée	50 gr.
Oxyde jaune de mercure	} à à 1 gr.
Protochlorure d'étain.	
Hyposulfite de soude	

(En collaboration avec Paul Duret.)

Pasteur préparés par Nicolle : sérum antistreptococcique, sérums préparés avec les cultures provenant du malade, etc.

2° **ULCÉRATIONS CHRONIQUES TORPIDES.** Elles résultent de la persistance d'une infection souvent favorisée par un mauvais terrain cutané : tissu fibreux cicatriciel, troubles nerveux, vasculaires, vaso-moteurs moignon d'amputation.

Presque toujours elles sont la suite des plaies traumatiques. Parfois elles sont plus grandes que l'ulcération aiguë du début; parfois, après une période de cicatrisation, l'ulcération s'agrandit; parfois elle s'étend aux dépens des greffons qui avaient commencé à « prendre » : c'est que l'infection microbienne reprend.

L'aspect et la forme de ces ulcérations sont variés : tantôt elles sont arrondies ou ovalaires comme un ulcère variqueux (parfois elles sont aussi curvilignes qu'une syphilide; exceptionnellement même leur bord est polycyclique); tantôt elles sont irrégulières, fusiformes et même étoilées ou « déchiquetées ». Les bords, exceptionnellement en pente douce, sont presque toujours entaillés : tantôt, ils sont à pic, épais, calleux, parfois en relief, en talus et même éversés; tantôt ils sont peu épais. Presque toujours ils sont adhérents; rarement, ils sont décollés sur tout ou partie du pourtour et suppurants. Le fond est atone, blafard, rose jaunâtre ou rouge, lisse, irrégulier ou végétant. Ces ulcérations finissent par prendre l'aspect des ulcères « trophiques » (ulcères variqueux). Le tout repose sur une cicatrice souple ou sur un bloc fibreux (voir p. 813). L'épidermite microbienne de la peau environnante est fréquente.

Leur **traitement** passe pour être décevant; pourtant la cicatrisation s'active lorsqu'on s'acharne à *varier et continuer les moyens* et l'on est étonné du contraste entre

la lenteur de cicatrisation de ces blessés laissés aux soins d'infirmières dans les services chirurgicaux et la rapidité fréquente de la cicatrisation dans les centres dermatologiques.

1^{re} série de traitements : applications antiseptiques. Nous employons de préférence : — sur les bords et sur l'ulcération les pâtes d'Alibour (v. p. 389 et 393), pâtes ou crèmes à l'oxyde jaune de mercure et au protochlorure d'étain (v. p. 802), pâtes résorcinées à 5 p. 100 — ou sur l'ulcère, les poudres d'Alibour (p. 393) ou le talc contenant 1 à 5 p. 100 d'acide salicylique, après nitratage général et répression des bourgeons charnus exubérants au nitrate d'argent et au crayon de zinc. La position élevée du pied, la compression serrée par une bande large de 10 centimètres allant des orteils jusqu'au-dessus du genou sont nécessaires.

D'autres préparations ont été proposées : — pâtes au sous-carbonate de fer (v. p. 395), à l'acide salicylique (Milon)¹, à la chloramine (B. Desplas et A. Policard)², — talc contenant 10 p. 100 de rouge écarlate ou 1 p. 100 de chlorure de chaux (Chaput), — cautérisation au nitrate d'argent puis à la teinture d'iode, au permanganate de

1.	Acide salicylique	0,03
	Précipité blanc	1 gr.
	Oxyde de zinc	2 gr.
	Vaseline pure	30 gr.

(MILON).

On applique en couche épaisse, avec ou sans cautérisation préalable au nitrate d'argent, et on laisse en place deux jours au moins, puis trois, quatre jours. Si au deuxième, ou troisième pansement, la cicatrisation tarde, on augmentera les doses d'acide salicylique, 0,50 puis 1 gr. pour 30 de vaseline.

2.	Cire vierge	100 gr.
	Huile d'olive stérilisée	200 gr.
	Baume du Pérou	3 gr.
	Teinture de benjoin	3 gr.
	Chloramine	4 gr. 50

potasse, au bleu de méthylène, au mélange à parties égales de solution à 5 p. 100 de bleu et d'azotate d'argent, chlorure de zinc au 1/10, solution de quinine, de vert brillant, huile lécithinée à 5 p. 100, etc.; — embaumement occlusif¹; — et surtout onguent styrax (Reclus) pour réveiller l'activité des tissus, ou bandes de diachylon entre-croisées et imbriquées.

Il importe de varier, d'alterner, de combiner les divers antiseptiques et d'user en même temps d'un ou de plusieurs des moyens suivants :

2^e série : *applications calmantes et radioactives* : eau salée physiologique, poudre de talc additionnée de 10 à 50 p. 100 de peroxyde de zinc, eau glycosée à 4 p. 100, sérum de cheval normal ou saigné (hémostyl), poudres de sérum, etc. Je n'ai pas vu ces procédés réussir aussi bien que les boues radioactives seules ou diluées avec de l'eau glycosée. C'est le procédé que je préfère et j'emploie les boues radioactives dès que les pâtes antiseptiques appliquées pendant quelques jours n'ont pas donné un résultat appréciable. Les boues sont livrées en pots, on les répartit dans de petits pots en les ramollissant jusqu'à consistance d'une pâte très molle avec de l'eau pure ou de

1. Morlet emploie un pansement d'embaumement semi-occlusif laissant sourdre le pus hors de la plaie et siccatif.

En voici la formule :

Baume du Pérou	} à à de 15 à 20 gr. (selon l'état d'infection de la plaie).
Sous-nitrate de bismuth.	
Colle de poisson	} à à 50 grammes.
Glycérine	
Eau	100 grammes.

Après lavage à l'alcool, des bandes de tarlatane imprégnées de cette pâte à chaud (comme on en use avec les bandes silicatées) sont appliquées à même la plaie. Ce pansement est laissé en place de 12 à 15 jours. Selon la grandeur des plaies, un ou deux pansements sont nécessaires, rarement trois.

l'eau glycosée à 10 p. 100; on stérilise à l'autoclave; on applique à même la plaie; on protège par une compresse et un petit imperméable; on renouvelle le pansement aussi rarement que possible en se guidant sur la suppuration; tous les jours en cas de suppuration abondante, puis tous les 2, 3, 4 jours.

3^e série : traitements « physiques », que l'on doit associer et non opposer aux précédents : bain d'air, c'est-à-dire plaie sans pansement à son contact, — air chaud (Vignat)¹, — bain de vapeur local (Salignat), — héliothérapie (Leriche), — bain de lumière électrique (Chaput)², kinésithérapie (Debat).

Debat conseille le traitement suivant :

Élévation continue. — Si la lésion est aux jambes, le malade garde nuit et jour le pied surélevé, à l'aide d'un tréteau placé sous le matelas. Si la lésion est au bras, le malade porte le membre en écharpe haute.

Gymnastique éléatoire. — Chaque heure pendant cinq minutes, le membre étant en surélévation, contracter, énergiquement et à fond, les muscles sous-jacents à la plaie.

Massage. — Massage journalier, comportant l'effleurage du membre et le pincement des téguments.

Pansements intermittents. — Supprimer tout antiseptique. — Faire, chaque jour, un pansement très léger, avec gaze fine, imbibée d'eau salée à 9 p. 1000 ou de sérum de Locke, et maintenue par une bande. N'employer ni coton, ni taffetas gommé. A chaque pansement, exposer

1. Faute d'appareil spécial, on peut employer avec Chaput le rayonnement du thermocautère aussi rapproché que possible et même les pointes de feu superficielles.

2. On suspend une lampe de vingt-cinq bougies aussi près que possible de la plaie, tous les jours, pendant une à plusieurs heures.

la plaie à l'air libre pendant une heure ou deux. Dès que le suintement diminue, remplacer l'eau salée par une crème de zinc ichthyolée ou par l'innotyol.

Air chaud. — Dans les escarres sacrées et lorsque la plaie est torpide, violacée et suppure abondamment, il y a grand intérêt à compléter l'exposition à l'air par une douche d'air chaud de cinq minutes.

Pansements au taffetas chiffon. — Dans les plaies fibreuses de la deuxième catégorie, et toutes les fois que le bourgeonnement est insuffisant, on recourra soit à l'emplâtre d'oxyde de zinc, soit au pansement au taffetas chiffon préconisé par Alglave.

4^e série : greffes dermoépidermiques. — Lorsque la plaie atone est devenue normale, on pratiquera la greffe dermo-épidermique toutes les fois que la surface à cicatriser présente quelque étendue ou qu'elle est exposée aux traumatismes suivant le procédé classique de Thiersch ou suivant le nouveau procédé d'Alglave¹, ou avec les bulbes pileux (Carnot).

1. « L'état de suppuration de la plaie a peu d'importance pour l'intervention : le malade est soumis à l'anesthésie générale ou locale suivant l'étendue de la perte de substance à combler. La plaie à greffer est lavée à l'éther, comme la région au niveau de laquelle on va prélever les semis. Il ne faut pas employer la teinture d'iode pour faire l'asepsie de ces surfaces. Elle pourrait compromettre la vitalité des greffons; j'insiste sur ce point. Et voici comment je procède : Je creuse dans les bourgeons charnus de la plaie à greffer, au moyen d'une curette de dimensions moyennes, un premier godet de 8 à 10 millimètres de diamètre environ, dont le fond répond au plan résistant, aponévrotique ou musculaire de la plaie et dont les bords sont formés des bourgeons charnus eux-mêmes. Dans ce premier godet, où du sang s'accumule aussitôt, je vais déposer immédiatement un premier greffon prélevé sur la région choisie, au flanc, au moyen d'une pince anatomique à griffes et d'un bistouri à lame fine et bien tranchante. Ce greffon ou semis doit avoir 6 à 8 millimètres et il doit être *dermoépidermique*, composé de la plus grande épaisseur

Lorsqu'il n'y a pas de fond de plaie bourgeonnant, il faut le créer, par exemple sur un plan fibreux, on détruit le tissu fibreux au bistouri, ou on le perfore au thermocautère afin de permettre aux tissus sous-jacents d'émerger par ces trous; — sur un plan osseux on ponctionne le diploé (Labouré), etc.

Au contraire, les bourgeons exubérants faisant saillie au-dessus de la peau environnante seront détruits au nitrate d'argent et au crayon de zinc (au thermocautère et à la curette si besoin) en respectant très soigneusement le liséré épidermique et les îlots épidermiques bleuâtres naissants.

du derme et des couches épidermiques de revêtement. Le bistouri doit couper en travers dans le derme, laissant après son passage une surface blanchâtre où perlent des gouttelettes de sang et non une surface jaunâtre qui montrerait que la peau a été prélevée dans toute son épaisseur. Le greffon ainsi séparé et tenu dans la pince est déposé dans le godet préparé sur la plaie pour le recevoir, comme le serait une graine dans un pot dont les bords vont la protéger pendant que l'humus du fond va la nourrir. Cet humus, c'est le sang accumulé dans le godet. Dès que le greffon y est déposé, ce sang se coagule et le coagulum formé fixe sur place le semis qu'il va alimenter. A ce moment, on voit s'arrêter le saignement qui se produisait dans le godet. Pour continuer, on creuse un deuxième godet à 1 centimètre environ du premier et de même on prélève un deuxième greffon à 1 centimètre et demi environ de celui qu'on vient de prendre. Et ainsi de suite, les godets sont creusés à 1 centimètre et demi environ les uns des autres et remplis à mesures par des greffons prélevés à une distance sensiblement égale... — *...J'attache une grosse importance à l'emploi du taffetas chiffon qui recouvre les semis sans y adhérer et qu'on peut détacher aisément au lendemain de l'opération sans risquer de les entraîner avec lui. Chacun des pansements doit être renouvelé chaque jour. A ce moment, la surface greffée est lavée avec de l'eau bouillie qu'on laisse tomber doucement sur les greffes pour les débarrasser, ainsi que les parties qui les entourent, du suintement fibrino-purulent qui s'est accumulé sous le taffetas chiffon. Quand le nettoyage est fait, il est bon de laisser les semis exposés à l'air pendant 10 à 15 minutes avant de les recouvrir à nouveau.* » ALGLAVE, *Presse médicale*, 23 juillet 1917, p. 419.

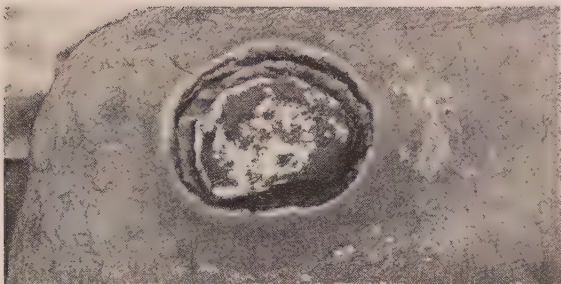


FIG. 198. — Syphilis posttraumatique. Grosse gomme syphilitique ulcérée de la cuisse droite à la suite de contusion : bourbillon énorme.

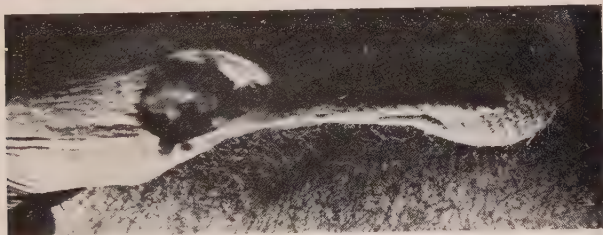


FIG. 199. — Syphilis post-opératoire ulcéreuse se greffant sur une plaie d'urétrotomie ; cicatrisée en vingt-neuf jours par les piqûres de bi-iodure.

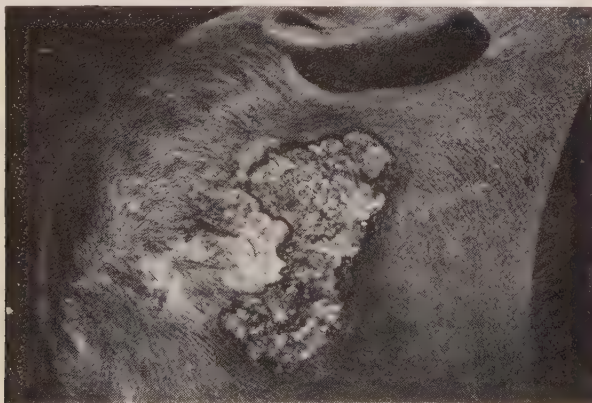


FIG. 200. — Syphilis circinée ulcéreuse de la région occipitale consécutive à une blessure de guerre, durant depuis deux ans, et guérie en douze jours par le traitement spécifique.

— 5° La *radiothérapie* en assouplissant la sclérose cicatricielle sous-jacente doit être employée aussitôt que possible dans les formes fibreuses; parfois même la circonvallation, l'incision avec glissement, puis suture, sont nécessaires.

— 6° L'iodure de potassium et le mercure à l'intérieur sont utiles même lorsqu'il ne semble pas y avoir syphilis greffée sur la plaie : n'y aurait-il pas terrain syphilitique inconnu?

... Dans toutes ces formes ulcéreuses, les cautérisations doivent être surveillées par le médecin et non abandonnées à un infirmier; en effet, il faut discerner le moment où l'ulcération commence à se cicatriser : un liséré blanc bleuté de jeune épiderme en est l'indice; à ce moment une cautérisation serait nuisible et détruirait ce liséré de cicatrisation. J'ai vu ainsi des infirmières bien intentionnées retarder indéfiniment la cicatrisation de plaie. Lorsque la cicatrisation s'amorce, des emplâtres peuvent constituer un pansement commode et excitant la cicatrisation : diachylon, emplâtre rouge, emplâtre de Vigo, emplâtre salicylé, etc.

3° SYPHILIS POST-TRAUMATIQUE. Devant une plaie rebelle, il faut toujours penser à une syphilis ancienne acquise ou à une hérédo-syphilis réveillée par le trauma et se révélant dans la région traumatisée.

La syphilis post-traumatique revêt les formes habituelles de la syphilis tertiaire : voici les derniers cas que j'ai observés :

— Gomme sous-cutanée de la cuisse, énorme, ulcérée avec un gros bourbillon de 80 millimètres sur 60 millimètres consécutive à une blessure de grenade reçue quelques jours auparavant (séro-réaction négative) (fig. 198); cette lésion si large et si profonde a demandé soixante-trois jours pour se cicatriser.

— Ulcération gommeuse dermohypodermique de la jambe sur une large cicatrice de plaie de guerre datant de vingt-trois mois, guérie en dix-huit jours par le mercure et l'iodure (séroréaction négative).

— Syphilide ulcéreuse circonée de l'occiput consécutive à une blessure par éclat d'obus datant de deux ans, guérie en douze jours (v. fig. 200) (séroréaction positive).

— Ostéite gommeuse des os du crâne avec deux ulcérations cutanées gommeuses consécutives, datant de six mois, guérie en vingt-cinq jours (séroréaction positive); tous les os peuvent être atteints : côtes, radius, etc.

— Syphilis costale fistulisée et « phthisie » pulmonaire syphilitique avec hémoptysies datant de 26 mois guéries en 17 jours.

— Gomme musculaire des jumeaux avec large ulcération bourbillonneuse du mollet, datant d'un an, guéri en un mois par le mercure et l'iodure (séroréaction négative), etc.

Il faut en rapprocher les *syphilis greffées sur plaie opératoire*.

Chez un de nos blessés un rétrécissement urétral succède à une contusion du pénis produite par un ensevelissement par explosion d'obus le 25 septembre 1915. Ayant résisté à quatre uréthrotomies internes, on fait une uréthrotomie externe le 2 juillet 1917. Or, à la suite de cette opération se développe une ulcération syphilitique tertiaire typique (fig. 199) qui se cicatrisa en vingt-neuf jours par des injections fessières de biiodure (séroréaction négative).

Parfois la gomme syphilitique survient à quelque distance de la blessure : un de nos malades, blessé au

genou, eut une gomme au tiers supérieur de la cuisse.

Il faut donc penser à la syphilis devant ces plaies de guerre interminables ou récidivantes et tenter le traitement d'épreuve sans se laisser influencer par une séro-réaction négative ou les dénégations du malade; il s'agit le plus souvent de syphilis acquise, parfois et manifestement d'hérédo-syphilis. Le diagnostic se fait par un détail morphologique de la lésion cutanée : tracé curviligne, bord polycyclique, adhérent, à pic; aspect bourbillonneux du fond, etc., et, quand il y a lésion osseuse, par la diffusion et par l'aspect de la tuméfaction osseuse cliniquement et radiologiquement. L'exemple du blessé de la figure 198 prouve qu'il faut poursuivre le traitement d'épreuve pendant plus de deux mois.

A côté de ces lésions syphilitiques greffées sur la plaie de guerre ou accidentelle, il existe des *ulcérations syphiloïdes* post-traumatiques dues à des infections pyogènes, simulant la syphilis et n'étant pas syphilitiques puisque ces lésions cutanées résistent à un traitement spécifique intense et prolongé!

Ces lésions simulent la syphilis de tous points et plusieurs cas me furent envoyés comme tels.

Les unes sont étendues, irrégulières ou ovalaires, curvilignes, polycycliques. Leurs bords sont rouges ou roses ou cyanotiques, torpides, adhérents, ici curvilignes, là déchiquetés. Leur fond est rouge ou blafard, lisse ou bourgeonnant, suintant peu, suppurant peu ou pas.

Les autres plus petites, ne dépassant guère 20 à 40 millimètres, sont arrondies ou polycycliques, profondes; leurs bords sont rouges ou rouge-violacé, parfois purpuriques, saillants, adhérents, enflammés, souvent œdémateux; leur fond est bourgeonnant, couvert en certain point d'un

enduit blanchâtre fibrineux, suintant ou suppurant; parfois l'enduit fibrineux a des taches brunes ou noires.

La forme la plus tenace est l'écthyma cyanotique ou purpurique (v. *Annales des maladies vénériennes*, 1918, p. 268).

L'absence d'antécédents, les séroréactions négatives et surtout l'inefficacité du traitement spécifique, prouvent qu'il ne s'agit pas de syphilis. Les faits de transition m'ont démontré que ces ulcérations étaient dues aux infections banales des microbes pyogènes.

Existe-t-il des ulcérations syphiloïdes en dehors des infections pyogènes provoquées par des germes encore inconnus? Nous l'avons cru pendant quelques mois; mais bientôt nous découvriions que ces malades étaient des simulateurs habiles créant des lésions syphiloïdes (v. p. 826): j'ai suivi, pendant des mois, un cas singulier d'ulcération polycyclique, bourbillonneuse et suppurante de la jambe, de 55 millimètres de diamètre, consécutif à un accident de travail survenu dans l'été 1914, qu'on aurait juré être une gomme syphilitique ulcérée: or, cette lésion a résisté à sept mois de traitement spécifique intense mercuriel, ioduré, arsenical, continu, et, bien que le malade raconte avoir eu la syphilis seize ans auparavant, la suite a démontré qu'il s'agissait d'une simulation.

4° MYCOSES ET TUBERCULOSES. Exceptionnellement la plaie ne se cicatrise pas parce qu'il y a eu soit inoculation de mycoses (sporotrichoses¹, etc.) ou de tuberculose, soit réveil de ces infections latentes ou saprophytiques et localisation dans le point traumatisé. Le diagnostic se fait d'après les caractères des tuberculoses et des mycoses (voir chap. XIV, XVII) en recourant aux

1. GOUGEROT et BLUM. Sporotrichose accident du travail (due au *Sporotrichum Gougeroti*). *Soc. Dermat.*, 4 juin 1914, n° 6, p. 307.

épreuves bactériologiques pour confirmer le diagnostic clinique. Il faudra se méfier des ulcérations et suppurations et autres formes de *pyodermites tuberculoïdes* (voir p. 567, 775).

Le traitement est celui des tuberculoses et des mycoses.

5° ÉPITHÉLIOMA. Il faut penser à cette lésion exceptionnelle : j'ai vu un épithélioma pavimenteux à globes cornés du bord du maxillaire supérieur droit largement ulcéré, succéder à une fracture du maxillaire supérieur, par coup de crosse, reçu six mois auparavant et compliquée d'ostéite chez un homme de trente-sept ans.

6° CICATRICES FIBREUSES. Les cicatrices de plaie de guerre sont plus ou moins étendues, rétractant la peau ; elles sont plus ou moins profondes, envahissant les muscles, adhérant aux os, limitant les mouvements ; parfois elles englobent les nerfs et les vaisseaux, les irritant, produisant des névralgies et même des phénomènes de névrite, etc. ; le meilleur traitement est la radiothérapie combinée au massage et à la mécanothérapie (Ledoux-Lebard, Mary-Mercier¹, Zimmern, etc.).

A ces cicatrices s'ajoutent souvent des ulcérations par infection microbienne, favorisées par les frottements, tiraillements, etc. ; ces ulcérations restent suppurantes, bourgeonnantes ou prennent sur ce mauvais terrain l'aspect d'ulcère trophique à bords curvilignes ou étoilés, adhérents, scléreux, à fond atone ; elles peuvent atteindre 8 à 10 centimètres. Il importe de les traiter d'abord

1. Irradiation uniquement sur la cicatrice ; rayons VII. Benoit — filtrée sur un demi-millimètre d'aluminium — dose 2 H après filtration — 8 à 12 séances en moyenne (Mary-Mercier).

comme des ulcérations microbiennes, par des antiseptiques (voir p. 804), puis comme des ulcères trophiques, par les boues radioactives, etc. (voir p. 805); la radiothérapie en assouplissant le bloc fibreux favorise la cicatrisation.

7° CHÉLOÏDE. La chéloïde est rare.

D'ordinaire elle se produit une ou plusieurs semaines après la cicatrisation et peut se compliquer de prolongements fibreux profonds intramusculaires, donnant des troubles trophiques.

Parfois elle survient en même temps que le début de la cicatrisation; il y a donc coexistence d'une plaie ou fistule centrale suppurante et d'un pourtour chéloïdien. La complication chéloïdienne retarde la cicatrisation et l'on voit ainsi des ulcérations atones, arrondies, trainantes, sorte d'ulcère trophique sur chéloïde.

D'autres fois, la chéloïde s'ulcère secondairement par infection : ulcération suppurante ou ulcère « propre » dit « trophique », lents à guérir lorsqu'on ne les traite pas comme des ulcérations microbiennes : un de nos blessés a été guéri en dix-sept jours d'une ulcération suppurante, un autre a été guéri en quinze jours de deux ulcères datant de cinq mois soi-disant « trophiques » sur d'énormes chéloïdes du dos des mains, consécutives à une explosion, par des pâtes à l'oxyde jaune de mercure ou d'Alibour (v. p. 389).

Le traitement est celui des chéloïdes : radiothérapie (v. p. 737); si l'on craint l'apparition d'une chéloïde, on fera la radiothérapie préventive.

8° OEDÈMES ÉLÉPHANTIASIQUES. Des œdèmes éléphantiasiques surviennent tantôt après des traumatismes graves, plaies profondes, fractures compliquées ou suppurées,

avec, parfois, ostéomyélites traînantes ou phlegmon envahissant le segment atteint et remontant vers la racine du membre. Tantôt, ils sont rapportés à des traumatismes légers et même « douteux », c'est-à-dire « racontés » par le malade, mais non constatés officiellement, donc suspects : contusion par un coup de pied de cheval, etc., il n'y a eu ni plaie, ni infection, ni d'ordinaire compression par un appareil plâtré.

Ces œdèmes envahissent la main et l'avant-bras, la partie inférieure du bras, durent depuis des mois, un, deux ans; des troubles associés sont fréquents, mais non constants : parésie, tremblement, hypoesthésie, anesthésie (souvent hystérique), atrophie musculaire, décalcification parfois intense du squelette de la main.

Les premiers, consécutifs à des blessures graves, paraissent réels, bien que, dans certains cas, on ait acquis la preuve que le blessé augmentait ses troubles par striction; ils sont dus à des infections microbiennes (streptococciques surtout) déterminant de la sclérose périlymphatique et à des troubles nerveux.

Les deuxièmes, rapportés à des traumatismes douteux, sont le plus souvent, et peut-être toujours, des simulations; pourtant il existe des œdèmes localisés rentrant dans le groupe des troubles physiopathiques de Babinski-Froment. Un lien large, peu serré, posé la nuit, et même, chez certains sujets, la flexion forcée et prolongée de l'avant-bras sur le bras, ou de la jambe sur la cuisse suffisent à créer un œdème chronique, blanc, dur¹, avec troubles tro-

1. Ces œdèmes « adroits » sont différents des œdèmes « maladroits » provoqués rapidement par un lien très serré; la supercherie y est évidente : sillon du lien marquant sur la peau, œdème mou cyanotique et parfois même bulles sérôhémorragiques.

phiques. Dès avant la guerre, j'avais vu un cas d'œdème simulé du bras, par compression avec un lien large et peu serré ne marquant pas de sillon et qui persista plusieurs semaines malgré la cessation de la compression, sans doute par troubles vaso-moteurs. Il faut se souvenir de cette persistance pour ne pas éliminer la simulation lorsque la pose d'un appareil plâtré n'a pas suffi à guérir l'œdème.

Le traitement des œdèmes éléphantiasiques simulés réunit celui des simulations et celui des œdèmes non simulés puisque la compression volontaire finit par entraîner une part de lésions organiques.

Le traitement des œdèmes éléphantiasiques non simulés doit être gradué :

1° *Mécanothérapie* (Gleise) et *injections de thiosinamine et d'eau du Breuil* (Denis). On puise directement l'eau dans la bouteille et on injecte 40 centimètres cubes sous la peau ; « le malade boit le reste de la bouteille à jeun. A quatre heures, il boit une deuxième bouteille à jeun. Aucune autre médication : ni massages, ni repos. » On renouvelle les injections chaque jour, pendant douze, quinze, vingt jours.

2° *Opération : drainage filiforme par des soies plates perdues sous-cutanées*. Avec de très longues aiguilles, on introduit la soie en plein œdème au point le plus bas et on fait ressortir l'aiguille en tissu sous-cutané non infiltré ; on perd les soies ; on suture les petites plaies cutanées d'entrée et de sortie. L'eau de l'œdème remonte dans l'hypoderme le long de ces soies et vient se faire résorber dans l'hypoderme sain. Ces soies remplacent les lymphatiques obstrués.

Walther, partant du même principe, a guéri un ouvrier en introduisant deux tubes de caoutchouc perdus allant de la cuisse à l'abdomen.

9° **TROUBLES TROPHIQUES**. Les troubles trophiques sont fréquents après les blessures de guerre.

— Troubles trophiques « réflexes » consécutifs à une blessure des extrémités, souvent d'apparence bénigne, que nous avons étudiés avec Charpentier et après Babinski et Froment¹. Ascendants, ils consistent en cyanose, œdème, hyperkératose, état lisse de l'épiderme, etc., avec ou sans autres troubles : parésie, contracture, etc. Ces troubles sont en disproportion évidente avec le peu d'étendue et la localisation du trauma (Mouchet et Poirot-Delpech) et non proportionnels aux troubles moteurs et sensitifs associés et inconstants.

— Troubles consécutifs à une plaie des troncs nerveux, habituellement légers, parfois excessifs, surprenants : un de mes blessés au bras droit par balle qui avait déterminé une section complète du cubital et incomplète du médian, sans lésion des gros vaisseaux, avait des troubles trophiques d'une intensité extraordinaire : œdème bleu énorme de la main, hyperkératose palmaire, etc. Un autre avait les mêmes troubles avec une paralysie incomplète du médian et du cubital. Un autre présentait des plaques gangreneuses sèches avec doigts froids et cyanotiques simulant la maladie de Raynaud à la suite de blessure incomplète du médian à l'avant-bras, etc.

— Troubles consécutifs à des lésions médullaires : hématomyélie par explosion, etc., donnant un œdème chronique de la main et de l'avant-bras, avec troubles vaso-moteurs et trophiques, épidermiques, persistant après la disparition des troubles sensitifs et moteurs, récidivant à l'hiver.

Je ne cite pas les ulcérations dites « *neutrotrophiques* », car sauf exceptions qui n'ont rien de spécial à la pathologie de guerre (maux perforants plantaires), ce sont des

1. BABINSKI et FROMENT, *Collection Horizon*. — GOUGEROT et ALBERT CHARPENTIER, Paralysies réflexes et troubles trophiques réflexes consécutifs aux blessures des extrémités, *Annales de Médecine*, mai-juin 1916, p. 269.

infections microbiennes ulcéreuses sur mauvais terrain cutané (voir ci-dessus p. 803).

Des troubles trophiques je rapprocherai un cas curieux de cicatrice lichénifiée par grattage, formant une bande « verruqueuse » cornée de 10 à 15 millimètres de large et de 100 millimètres de long sur le dos de la première phalange du pouce (fig. 240, p. 836), provoquée par le grattage et favorisée sans doute par les troubles « physiopathiques » (Babinski-Froment) que ce blessé présentait très marqués sur le pouce : contracture en adduction et flexion, œdème, cyanose, etc. Le mauvais terrain a une grande importance car la régression de la lichénisation fut très lente malgré l'emploi de réducteurs kératolytiques forts et l'occlusion permanente par la colle gélatinée.

* * *

III. AFFECTIONS CUTANÉES EN SURFACE POST-TRAUMATIQUES.

Importance des dermoépidermites microbiennes de guerre.

Sauf les dermoépidermites microbiennes et les eczémas qui leur sont fréquemment associés, les dermatoses post-traumatiques sont rares. L'eczéma « pur », sans doute par choc nerveux, les lichens, les psoriasis post-traumatiques qui ont paru fréquents à Gaucher, ont été exceptionnels dans ma série d'observations. Les dermatoses par irritation externe, abus des antiseptiques, sont

plus rares qu'on ne l'a dit. En réalité, dès que l'on est en présence d'une lésion cutanée diffuse chez un blessé, c'est neuf fois sur dix une dermoépidermite microbienne, c'est-à-dire une infection dermique et surtout épidermique, s'étendant sur de larges surfaces, revêtant des aspects multiples et dues aux microbes de la suppuration, surtout aux streptocoques et aux staphylocoques.

Ces *dermoépidermites microbiennes* ont une telle importance pratique et ont été si fréquentes chez les blessés de guerre, qu'un chapitre spécial leur est consacré dans ce livre (chapitre XXIV p. 755).

*
* : *

IV. AFFECTIONS CUTANÉES SIMULÉES OU ENTRETENUES : PATHOMIMIES

Après avoir discuté toutes les affections énumérées dans ce chapitre, il faudra enfin penser aux simulations. Il faudra surtout y penser devant toute dermatose étrange par son aspect, devant toute lésion récidivante ou désespérément fixe et tenace, lorsque le sujet a un intérêt militaire ou civil (accident du travail) à prolonger ou à rappeler sa dermatose. Le chapitre suivant XXVI est consacré à cette étude.

CHAPITRE XXVI

DERMATOLOGIE DE GUERRE

DERMATOSES EXAGÉRÉES OU SIMULÉES

Position du problème, p. 820.

Formes cliniques : Énumération des simulations les plus fréquentes, p. 821. Étude spéciale des **ulcérations** p. 823.

— 1° Type : plaies traînantes, p. 824 ; — 2° Type : ecthyma avec toutes ses variétés, p. 825 ; — 3° Types syphiloïdes et parfois tuberculoïdes, p. 826 ; — 4° Types : escharres noires avec ou sans bulles, p. 827 ; — 5° Types : ulcérations couenneuses en relief ou ulcérations couenneuses en creux, p. 828.

Réveil ou entretien de dermatoses authentiques. p. 829.

DIAGNOSTIC, p. 830.

TRAITEMENT, p. 833. Nécessité de graduer les moyens suivant la résistance du simulateur, p. 833.

De mauvais soldats, heureusement très exceptionnels, n'ont pas hésité à créer ou imiter des dermatoses, à simuler des infections, à exagérer, aggraver, entretenir les lésions existantes, à rappeler des lésions anciennes, afin de rester à l'arrière ou afin de se faire évacuer à l'abri des dangers de l'avant.

Tantôt c'est après avoir fait l'examen complet du malade que l'on est frappé de l'étrangeté de sa dermatose. Tantôt la lésion cutanée simule de tous points une lésion connue, surtout une syphilide ulcérée, et on s'y laisse

prendre pendant plusieurs semaines; mais les soupçons commencent à s'éveiller devant la résistance invraisemblable aux thérapeutiques habituellement efficaces. Bientôt, en cherchant, il s'ajoute souvent d'autres raisons de suspicion et, par élimination, on arrive au dilemme: — ou le malade simule; — ou bien il est atteint d'une variété inconnue de dermatose. Comme l'on ne peut pas prétendre connaître toutes les dermatoses, décrites et encore inconnues, il faut ne pas se rapporter au seul aspect morphologique des lésions pour affirmer la simulation, il faut se montrer très réservé et exiger d'autres preuves.

* * *

FORMES CLINIQUES. Voici la liste des simulations cutanées le plus souvent observées ¹. Simulation de :

- Balanoposthite par le garou.
- Chancres et syphilides secondaires par brûlures de cigarettes ou d'amadou, par des caustiques.
- Papules syphilitiques par le nitrate d'argent, l'ipéca, les pommades alcalines.
- Favus par l'acide azotique, le soufre et le salpêtre.
- Alopécies par pâte épilatoire, par épilation au doigt, à la pince.
- Erythèmes par la farine de moutarde, l'ail pilé, les renoncules, anémone, suc d'euphorbe, cantharides, poix de Bourgogne, etc.
- Érysipèle par le suc de thapsia garganica, les emplâtres de thapsia, etc. Le diagnostic d'erysipèle frau-

1. J'ai fait pour cette énumération de nombreux emprunts à l'excellent livre de J. SIMONIN, *Cours de législation*, etc., 1912, t. I, p. 290 à 301, 471 à 485.

doureux s'appuie sur les signes suivants : — simultanéité d'apparition de soulèvements épidermiques à divers degrés : vésicules, bulles, phlyctènes, — absence de « l'aspect » luisant et rutilant de l'érysipèle, et au contraire innombrables vésicules miliaires jaunâtres d'un demi à un millimètre; — absence de bourrelet et au contraire présence de vésiculettes purulentes sur la peau saine; — intégrité habituelle du cuir chevelu et non prédominance des lésions sur le nez; — ganglions non hypertrophiés; — état général non atteint (parfois pourtant le simulateur truque sa température et même se donne de la fièvre); — évolution très rapide en douze à dix-huit heures : rougeur, puis vésiculation; — lésions d'emblée au maximum (à moins que le simulateur n'étende ses applications); — disparition en 4 à 5 jours (Simonin, Milian, E. Leroy, H. Roger).

— Éruptions vésiculeuses, à vésicules disposées par groupes, rapidement confluentes et purulentes, par les semences de croton tiglium, d'euphorbia lathyrus (épurges), par des pommades mercurielles.

— Éruptions pustuleuses parfois varioliformes, ombiliquées, par la pommade stibiée et pustules acuminées par l'huile de cade, etc.

— Sycosis. « Le sycosis s'imité avec de l'huile de cade : on obtient des papulo-pustules (forme papuleuse) ou bien avec le tartre stibié en pommade (forme tuberculeuse). Il suffit de chercher le Trichophyton pour dépister la simulation. » (Simonin.)

— Pemphigus par l'ammoniaque, la pommade de garou, l'acide acétique, la poudre de cantharides. « Le pemphigus s'obtient par l'introduction sous la peau de parcelles de cantharides (poudre); mais la poudre est très adhérente, on la retrouve en général au niveau de la bulle; on peut observer en même temps de la dysurie, de la rétention d'urine avec albuminurie, de la cystite cantharidienne qui met l'expert sur la voie. » (Simonin.)

— Rupia par du papier Joseph imbibé d'huile de noix d'acajou, les caustiques;

— Urticaire par des orties, chenilles, méduses;

— Gale par des coups d'épingle et piqures de tartre dentaire;

— Zona avec des aiguilles trempées dans du tartre stibié.

— Cyanose et pigmentation par compression, par badigeon avec de l'alun, puis de l'indigo, avec le brou de noix, par l'absorption répétée du nitrate d'argent, etc.

— Bromhidrose par de l'assa foetida, l'huile animale de Dippel, du poisson pourri, du fromage, etc. : l'absence de macération de l'épiderme, l'observation du malade, après lavage, puis exercice fatigant en pièce chaude, élimineront l'erreur.

— Tumeur et éléphantiasis du scrotum par injection de paraffine : la tumeur dure, se ramollit par la chaleur, gardant le godet après compression.

— Œdème par insufflation...

— Phlegmon parfois très grave par piqure ou injection de tartre dentaire (par exemple, avec une épine de palmier laissée une nuit sous la peau), d'urine fermentée, de matières fécales, de pétrole, térébenthine, fines lanières d'écorces de garou, suc de thapsia, éclisses de bois, crins, etc. On a pu retrouver les aiguilles cassées dans les tissus, à la radiographie, ou à l'incision, les corps étrangers, la fétidité dentaire ou fécale, l'odeur de pétrole, etc.

Une mention toute spéciale doit être faite des *ulcérations aiguës et chroniques*. « Les ulcères peuvent être provoqués ou entretenus par divers procédés : on emploie tout d'abord les végétaux, la clématite (*clematis vitalba*, herbe aux gueux), la renoncule âcre, l'anémone pul-

satile, l'euphorbia lathyris, l'écorce de garou, les racines de bryone, les semences d'huile de ricin, l'arum maculatum âcre, le chélidonium majus, le junipérus sabina, la « gradiole » : les vésicatoires, etc. ; on se sert encore d'acides (acide nitrique), d'alcalis (chaux, ammoniacque), puis on entretient « avec des cendres de tabac, de l'eau de savon, de l'urine, de l'eau-de-vie, du sel marin, de l'acétate de cuivre, etc. » (Simonin). D'autres coupables usent de mélange de savon et de chaux vive après racleage de la peau avec un couteau, fer rouge, crayon métallique chauffé, etc.

En près de trois ans il m'a été donné d'en observer des variétés cliniques multiples qu'il importe de bien connaître.

1^{er} TYPE : « PLAIE TRAINANTE ». — J'ai observé tous les degrés de plaies chroniques depuis l'exulcération et la fistule insignifiantes, mais indéfinies, jusqu'à la plaie suppurante anfractueuse, en passant par l'ulcère torpide soi-disant trophique et les placards végétants. Voici quelques exemples :

— *Petite ulcération* semblant *fistuleuse*, fixe du mollet, datant de vingt-huit mois, guérie en quatorze jours ; — fistule récidivant par abcès successifs au pied, depuis vingt-trois mois, guérie en quatorze jours.

— *Exulcération arrondie* très superficielle de la cuisse, sur plaie de guerre, datant de vingt-sept mois (!), guérie en douze jours sous appareil plâtré.

— *Deux larges plaies superficielles* survenues en convalescence en janvier 1917, évoluant depuis six mois. Mis sous silicate il guérit lentement, du 12 juillet au 28 août, car le silicate ayant été mouillé le 27 juillet, il y a eu une reprise des lésions.

— Plaie de la cuisse parfois ulcéreuse, le plus souvent

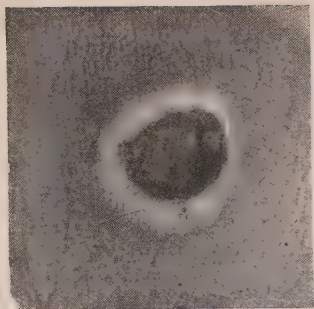


FIG. 201. — Ulcère syphiloïde de la main gauche, consécutif à une blessure de la main suppurée : fond noir et sec, très adhérent, bords curvilignes à pic surélevés, infiltrés en rempart, guérissant sous la protection d'une lame métallique.



FIG. 202. — Ulcère syphiloïde du dos du pied à la suite d'un coup de pied de cheval : fond bourbillonneux creusant jusqu'aux tendons et aux os ; lésion simulant une gomme syphilitique sous-cutanée ulcérée, durant depuis plus de deux ans et guérissant rapidement sous la protection d'une lame métallique.

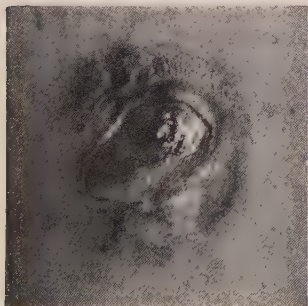


FIG. 203. — Ulcération végétante et pseudo-membraneuse sur plaie de guerre, durant depuis quatre mois. Guérie en quatre semaines sous appareil silicaté.

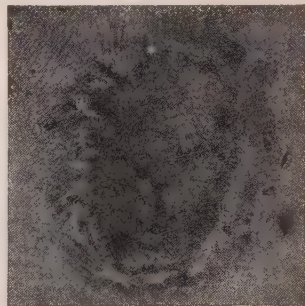


FIG. 204. — Ulcération papuleuse et pseudo-membraneuse du bras droit, consécutive à blessure de guerre, datant de dix mois, guérie en dix-huit jours sous pansement cacheté.

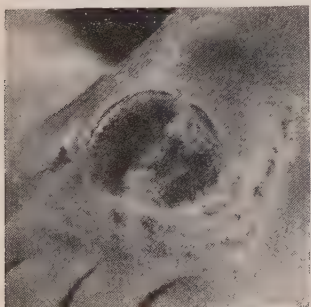
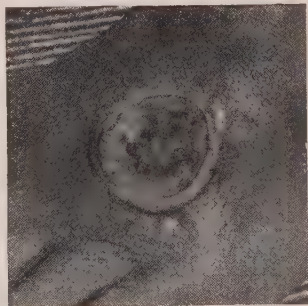


FIG. 205 et 206. — Les deux frères ont, au même pied et au même endroit du dos du pied, un disque papulo-ulcéreux et membraneux fétide datant depuis plus de deux ans, consécutif chez l'un à un coup de pied de cheval, chez l'autre à une blessure. -Ces lésions ont guéri en prison.



végétante, opérée plusieurs fois et extirpée (!) sans résultat. Durant depuis seize mois, elle a guéri en dix-sept jours sous un appareil plâtré de coxalgie ! (fig. 209).

— *Ulcération large anfractueuse suppurante* de la cuisse, consécutive à un coup de pied de cheval reçu le 21 novembre 1915, et siégeant sur cicatrice d'ancienne brûlure, se reproduisant d'un côté lorsqu'elles guérissent d'un autre; après quinze mois de pansements plâtrés, mais truqués, il ne lui restait plus que des exulcérations et bulles; l'annonce d'une botte entière de métal amena la guérison brusque en octobre 1917 !

II^e TYPE : ECTHYMA STREPTO-STAPHYLOCOCCIQUE AVEC TOUTES SES VARIÉTÉS. — J'ai observé toutes les variétés d'ecthyma chronique :

— *Petites pustules d'ecthyma* sur placard érythémateux de la jambe, *récidivant* depuis sa blessure du 17 novembre 1914, ayant guéri trois fois au centre en juillet 1916, mars 1917, juin 1917, *récidivant* régulièrement au dépôt à la menace d'un départ aux armées.

— *Pustules, bulles, exulcérations, ulcérations petites, peu profondes*, les unes tenaces, les autres fixes, etc.

— *Ecthyma ulcéreux*, à ulcérations petites, tenaces, *récidivant* depuis 1915, guéri une première fois en mai-juin 1916, au centre; il *récidive* aussitôt aux armées en juillet 1916, et traîne depuis lors d'hôpital en hôpital et guérit en six jours sous appareil silicaté !

— *Ulcérations moyenne et large* simulant une ulcération banale postecthymateuse torpide, *récidivant* depuis un an, ayant résisté aux traitements les plus assidus pendant six mois, guéri en dix-huit jours sous silicate.

— *Ecthyماغangreneux* avec larges ulcérations remplies de paquets sphacelés, épais, survenu, dit-il, à la suite d'enterrement par torpille datant du 7 juillet 1916. Résistant aux

traitements habituels du centre de septembre à décembre 1916, il guérit sous silicate du 1^{er} au 23 décembre; de simples pansements cachetés du 23 décembre au 3 janvier, mis comme épreuves, permettent une nouvelle récurrence; la guérison définitive est donnée par des silicates du 3 au 27 janvier.

III^e TYPES SYPHILOÏDES ET PARFOIS TUBERCULOÏDES. — J'ai observé les variétés suivantes et chaque fois j'ai cru tout d'abord à la syphilis :

— *Ulcération dermique* datant de vingt-six mois, simulant la syphilide *ecthymatiforme*, ayant résisté à sept mois de traitements assidus au centre dermatologique, guéri en vingt-six jours sous appareil plâtré.

— *Large ulcération « gommeuse » à contour polycyclique*, suppurante, creusant derme et hypoderme, disséquant les muscles. Remontant à un accident de travail de 1914, cette lésion persiste depuis plus de trois ans, atteignant plus de 60 millimètres de diamètre, et ressemblant à la gomme classique dermohypodermique largement ulcérée et térébrante.

— *Large ulcération propre, circonscrite* sur plaie de guerre de la cuisse datant de trente mois (!), à fond rouge propre, ressemblant à une large gomme syphilitique en voie de réparation.

— *Ulcération profonde du dos du pied* (fig. 202), consécutive, prétend le malade, à un coup de pied de cheval reçu le 18 octobre 1914. A voir les bords saillants, largement infiltrés, durs, curvilignes à pic, le fond jaunâtre bourbillonneux, creusant jusqu'aux tendons et aux os, on jurerait voir une gomme syphilitique sous-cutanée, ulcérée et nous y avons été trompé : le traitement mercuriel, ioduré, arsénical, le plus intense, le plus prolongé, resta absolument inefficace, de même que nos appareils plâtrés, car le malade était du groupe des « coupeurs de plâ-

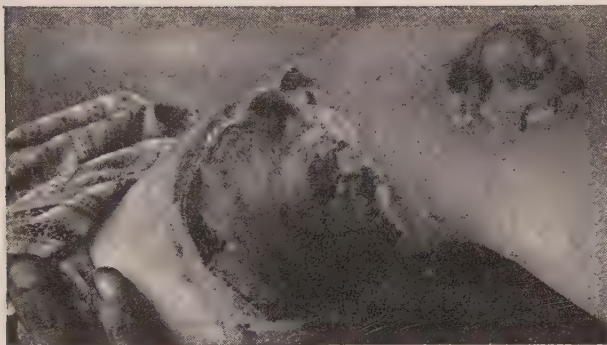


FIG. 207. — Ulcération du bras avec débris bulleux et tachetée d'escharres noires. Au-dessous lésion débutante bulleuse, analogue à celle d'un vésicatoire.

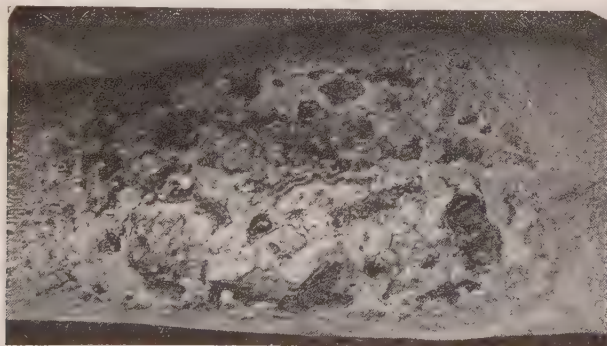


FIG. 208. — Large placard ulcéreux de la jambe, semé d'escharres noires datant de deux mois, et guéri en treize jours, sous appareil silicaté.



FIG. 209. — Ulcération profonde datant de septembre 1915, suppurante puis *végétante*, sur plaie de guerre. Guérison en 17 jours sous appareil plâtré, alors qu'on avait épuisé pendant 18 mois tous les traitements connus.

tres¹ ». Après trente-deux mois de simulation, il n'a guéri qu'isolé à Bordeaux, rapidement, dans le service du professeur Dubreuilh...

D'autres simulent la tuberculose, entretenant des « brûlures » de ventouses sur le thorax, etc.

IV^e TYPE : ESCHARRES NOIRES AVEC OU SANS BULLES. — Parfois la simulation est évidente : il en était ainsi dans les deux cas suivants :

— *Bulles énormes* de vésicatoires circonscrites et *larges escharres noires* du bras, recouvrant de profondes ulcérations. Les lésions datent soi-disant de son service militaire en 1914, et récidivent surtout depuis la guerre (!), ce qui lui a évité tout service jusqu'en 1917 ; trois jours après avoir été récupéré il a les lésions énormes photographiées fig. 207. Des plâtres successifs sont mis du 3 juin au 11 août amenant une guérison lente, car les ulcérations étaient très larges et profondes et une reprise ayant eu lieu à la suite d'un silicate « mouillé » et ramolli au début de juillet (fig. 207).

— *Escharres noires petites, inégales, souvent confluentes, criblant un large placard érythémateux ulcéré* du mollet, datant de deux mois, guéries en vingt et un jours sous silicate (fig. 208).

— D'autres fois le diagnostic est difficile ; tels furent les deux cas suivants d'*ulcérations creuses à fond noir* :

Ulcération profonde du dos de la main, arrondie, large de 25 à 30 millimètres, consécutive à une blessure par éclat d'obus reçue le 12 février 1916 (fig. 201). Les bords curvilignes à pic, *surélevés*, sont entourés d'un *bourrelet* saillant, épais, infiltré et induré. Le fond est sec, nécrotique, noir, extrêmement adhérent. La seule affection

1. Nous appelons ainsi les simulateurs les plus habiles qui formaient un petit groupe de rebelles sachant couper les plâtres et les refaire.

qui y ressemblerait serait une syphilide tertiaire nécrotique. Après seize mois de simulation, ce malade du groupe des coupeurs de plâtres a guéri en quelques semaines, une fois qu'il a été isolé.

— Ulcération profonde du dos du pied survenue sans cause connue, la veille de son renvoi au dépôt le 10 mars 1916. L'ulcération est nécrotique noire, parfaitement ronde à bords plats. Elle s'accroît par escharrifications successives noires et a creusé jusqu'aux tendons. On ne peut penser qu'à une gangrène par artériolite ou à la simulation. Après vingt et un mois de simulation, ce coupeur de plâtres a guéri, dès qu'il a été isolé.

V^e TYPE : ULCÉRATIONS COUENNEUSES. — J'ai pu observer des types très différents et singuliers :

— Tantôt la lésion saillante avait fait croire à une sorte de hernie musculaire du bras dont la saillie aurait été nécrosée. Consécutive à une blessure du bras, il y a quatre mois, elle a guéri en douze jours sous silicate (fig. 203).

— Tantôt un disque papulo-couenneux de l'épaule, large de 55 sur 30 millimètres, saillant de 5 à 8 millimètres, consécutif à une blessure reçue il y a treize mois, ressemblait à une chéloïde ou à une cicatrice fibreuse saillante dont le plateau aurait été couenneux et nécrosé : elle a guéri sous un plâtre en dix-huit jours et sans qu'il y ait de cicatrice fibreuse sous-jacente (fig. 204).

— Tantôt, la lésion est à peine saillante, c'est une exulcération papulo-membraneuse, blanc jaunâtre, orbiculaire, à bords nets, large de 30 à 55 millimètres, humide, recouverte d'un *enduit fibrineux, lisse, très adhérent, très fétide, sertie dans une couronne saillante érythémateuse*. Cette singulière lésion fait penser à une énorme plaque muqueuse syphilitique papuleuse cutanée, mais un traitement spécifique intense et prolongé ayant échoué; on se rabat sur une infection proche de la pourriture d'hôpital

ou sur une simulation extraordinaire : Deux frères ont présenté au même endroit du même pied cette même lésion exactement semblable (fig. 205 et 206). Le premier accusait une plaie de guerre par éclat d'obus, reçue le 6 septembre 1914, le second un coup de pied de cheval reçu en novembre 1914. Après trente-neuf mois de simulation pour le premier, trente-sept mois pour le second, ces deux « coupeurs de plâtres » ont été convaincus de fraude (bien qu'ils le nient encore) car on a découvert sur eux : pince à couper les plâtres, caustiques, faux cachets, cire, etc. Isolés, en prison, ils ont presque guéri en une quinzaine de jours ; mais ils sont arrivés une fois encore à truquer et les lésions ont repris pour guérir enfin en un mois environ.

— Tantôt, au contraire, l'ulcération couenneuse est *en creux*. Survenue sur le dos du pied, le 22 février 1915, l'ulcération creuse est recouverte par une couenne déprimée, blanche, mollasse, épaisse, très adhérente ; guérie une première fois au centre en vingt jours en mai 1916, elle récidive au dépôt presque aussitôt et depuis sa rentrée au centre le 24 août 1916, ce « coupeur de plâtres » s'est joué de nos appareils plâtrés et silicatés pendant seize mois !

Enfin, on se méfiera que certains « truqueurs » connaissent leur susceptibilité cutanée à certains médicaments ou aliments et, par leur ingestion, reproduisent des éruptions authentiques ; — que d'autres connaissent leur terrain urticarien et eczémateux et rappellent ou entretiennent indéfiniment ces dermatoses ; — que certains ouvriers et ouvrières maniant la cheddite, des produits chimiques, négligent à dessein les nettoyages prophylactiques, etc.



DIAGNOSTIC DE LA SIMULATION.

Il ne faut pas se fier aux apparences : certains simulateurs ont des apparences si honnêtes qu'il faut se violenter pour oser les soupçonner. Après plusieurs examens complets, répétés, inopinés, sans idée préconçue, on se base sur les faits suivants pour diagnostiquer la simulation.

— *Étrangeté des signes cliniques* : — début par des bulles et des escharres ; — mélange de bulles et d'escharres à la période d'état (figure 207, etc.) ; — fréquence des bulles ; — ulcérations à tracés souvent irréguliers ou à contours polygonaux, parfois avec des queues (figure 209), avec des angles bizarres, des traînées linéaires, présentant parfois même une forme invraisemblable étoilée¹, triangulaire ou au contraire des cercles d'une étonnante régularité ; — souvent auréole inflammatoire rouge et fond rouge avec bourgeons saignants ; — souvent sillon circulaire de rétraction entre l'escharre et la peau saine (figure 208) ; — apparition brusque des lésions qui atteignent leur maximum d'emblée ; — pullulation de lésions plus petites autour de la lésion principale (figures 209, 204), etc. Mais il faut rappeler que des lésions simulées ont souvent toutes les apparences de lésions légitimes, notamment des syphilides, et que des

1. Voir par exemple une petite ulcération étoilée sur la partie inféro-interne de la lésion de la fig. 205 et une bulle étoilée sur la partie supérieure de la couronne péricouenneuse de la fig. 206 ; ces formes bizarres résultent des bavures en appliquant le caustique.

bords calleux infiltrés comme dans les inflammations vraies chroniques peuvent entourer les ulcérations simulées longtemps irritées.

— *Résultats négatifs des examens bactériologiques* qui devraient être positifs en cas d'affections authentiques (champignons dans un cheveu favique, etc.).

— *Enquête évolutive et étiologique rigoureuse* : apparition lors d'un service pénible, d'un départ, etc. ; apparition chez un malade guéri d'une dermatose légitime alors que sa sortie est décidée et qu'il y a dans la même salle des simulateurs : la dermatose nouvelle simulée revêt un des types connus chez les autres simulateurs de l'hôpital ; apparition au cours d'une permission, à la fin d'une convalescence.

— *In vraisemblances ou contradictions ou inexactitudes* dans les dires du suspect, en faisant relater, par écrit et par le malade lui-même, le début, l'évolution, à plusieurs reprises et en contrôlant sur les certificats d'origine, sur les observations antérieures.

— *Résistance thérapeutique étrange* ;

— *Brusques et rapides aggravations lorsqu'on annonce la sortie* du malade.

— *Récidives incessantes* ;

— *Épidémie* sur plusieurs malades d'un même corps, d'un même hôpital, d'une même famille, d'un même village.

— *Transformation sans raison d'un type clinique en un autre type clinique* ; le simulateur trouve utile pour tromper ou plus facile pour truquer, d'adopter un type nouveau qui, d'ordinaire, est celui d'autres simulateurs du même hôpital : par exemple un disque papulo-membraneux devient une ulcération profonde noirâtre.

— *Lésions en des points que la main peut atteindre facilement;*

— *Guérison rapide dès que sont appliqués des pansements occlusifs qui empêchent le maquillage;*

— *Récidive lorsque le pansement a été truqué : silicate mouillé, plâtre émietté, etc.;*

— *Apparition d'éléments en dehors du pansement ou à sa limite.*

Par des examens inopinés, une surveillance discrète mais continue, des fouilles, on essayera de prendre le simulateur sur le fait ou de trouver le matériel de simulation. D'ordinaire on échoue et il faut essayer d'avoir la preuve par la thérapeutique. Jamais je n'ai obtenu d'aveu, même quand on a pris des pièces à conviction sur le malade.

On a conseillé diverses attitudes : — la méthode brutale « à la hussarde », la « menace autoritaire » ou les punitions ; — l'attitude froide, impénétrable ; — la bonhomie empreinte de scepticisme ; — l'examen simple ordinaire. — On a dit d'exagérer devant ces malades la gravité, de faire prévoir une opération grave, un traitement douloureux et de l'appliquer ; j'ai vu échouer constamment le procédé du régime et du traitement désagréables ; ces malades préfèrent tout à l'envoi au front et vont au-devant des opérations ; je crois avoir obtenu, au contraire, de bons résultats de l'examen en tête à tête avec le suspect sans lui taire les soupçons, mais en affectant de ne pas y croire, ou de la dictée d'une observation médicale explicite. En tout cas le médecin ne doit pas livrer ses doutes à son entourage infirmier.

*
* * *

TRAITEMENT.

Le seul traitement est l'occlusion qui empêche le maquillage ; ce traitement doit être gradué suivant l'entêtement, les ruses, les moyens, les complicités du simulateur. Le plus souvent, le pansement cacheté, le fait de se sentir soupçonné et surveillé, suffit à guérir le simulateur en salle commune.

Mais parfois ce procédé est insuffisant pour des misérables habiles.

— L'isolement en salle commune et le séjour au lit sont inutiles pour ces rebelles, car ils se sauvent et échappent à la surveillance ; ils se jouent des fouilles et des rondes, cachent leur matériel sous le parquet, dans la cour, etc., se le faisant renouveler par des parents visiteurs, des complices intrahospitaliers. L'isolement dans une pièce qui ne soit pas hermétique comme une prison est un leurre, car ils découchent, descendent par la fenêtre avec leurs draps, la corde de leur châlit, etc., etc., il faut une chambre « prison ».

— Le simple pansement cacheté à la cire, rayé ou signé au crayon d'aniline, est facile à truquer, si le simulateur peut se procurer des bandes, de la cire, une bougie, un faux cachet ; deux au moins de mes malades avaient volé ce matériel dans le service même avec des fausses clés et usaient des cachets en plomb qu'ils gravaient très exactement à la pointe du couteau.

— Le martelage prolongé avec le poing, un doigt, un objet mousse à travers un pansement, entretient facile-

ment une ulcération vraie ou créée; il faut donc un pansement rigide, indéformable, silicaté ou métallique.

— La piqure à travers le pansement, l'injection de caustique avec une aiguille et une seringue de Pravaz, à travers un plâtre, un silicate, ont été employées; il faut donc user de lames métalliques incluses dans le pansement ou de feuilles de papier sur lesquelles il serait facile de découvrir la perforation.

— Un pansement à la colle peut être percé par une aiguille, ou décollé sur un bord, puis recollé en chauffant ce bord pour le faire fondre à demi et adhérer à nouveau.

— Le silicate a pu être ramolli par certain malade sur un point isolé avec de l'eau ou de la salive; dans un cas rebelle, mieux vaut donc employer l'appareil plâtré renforcé de lames métalliques.

— Enfin certains de mes simulateurs avaient réussi à se procurer une cisaille; ils coupaient leur appareil plâtré ou silicaté métallique, se maquillaient, refaisaient leur plâtre, remettaient une bande avec cachet de cire au moyen d'un faux cachet. Il faut donc ne pas hésiter à isoler ces coupeurs de plâtres, un à un, dans une chambre hermétique qui ne puisse communiquer ni avec l'extérieur, ni avec des complices, sous la garde d'un gardien incorruptible avec des rondes inopinées et des fouilles plusieurs fois par jour. On devra même exiger, si besoin, un gardien dans l'intérieur de leur cellule en permanence nuit et jour.

En un mot, *on gradue le traitement suivant les difficultés* et les moyens : on commence par le simple pansement cacheté et signé au crayon d'aniline facile et rapide à mettre. S'il ne suffit pas, on essaye des pansé-



FIG. 210. — Cicatrice de plaie de guerre du pouce par éclat d'obus, lichénifiée par grattage, et troubles réflexes du pouce et de la main : œdème, cyanose, contracture parétique, etc.



FIG. 211. — Piqûre venimeuse (araignée). Large disque érythémato-purpurique, vésiculeux, avec plaques noires de gangrène épidermique.

ments à la colle, puis des silicates, puis des plâtres plus longs à appliquer et à couper. On coupe le silicate et on ne quitte pas des yeux le suspect avant de remettre le silicate et que ce silicate soit sec. Si ces appareils ne suffisent pas, on ajoute des plaques de métal, des jambières, des pieds, des bottes de Junot métallique. J'ai dit que certains simulateurs savaient couper les plâtres et les refaire (« coupeurs de plâtres »); pour ces misérables, l'isolement-prison est nécessaire et encore arrivent-ils parfois à trouver des complicités.

Que faire au point de vue juridique ou militaire ?

— Si la simulation est certaine, d'une certitude absolue ¹, il n'y a pas lieu d'épargner le simulateur; il faut signaler sa façon de faire à l'autorité médicale supérieure.

— S'il y a certitude morale, mais non évidente (c'est-à-dire s'il n'y a pas eu aveu ², prise sur le fait, découverte de produits et instruments de simulation), si la certitude ne s'appuie que sur l'aspect, sur la guérison rapide sous l'influence de pansements cachetés, sur les récidives inexpliquées, je ne me reconnais pas le droit de demander une sanction; en effet, on peut se tromper et avoir affaire à une affection nouvelle; je me borne à envoyer au médecin du suspect, dans une lettre confidentielle, l'observation détaillée et les soupçons qu'ont

1. Pour le temps de paix, lire les pages si judicieuses de SIMONIN, p. 298.

2. « Pour obtenir l'aveu formel, on a essayé de promettre l'impunité totale, moyen peu recommandable, car on se trouve désarmé, ce qui est regrettable en cas de fraude grave et prolongée. Si le sujet n'avoue pas et qu'il reste des doutes, l'embarras n'est pas diminué. » (SIMONIN.)

fait naître l'étrangeté de l'affection, sa persistance, sa guérison, sa récursive.

— S'il y a doute, le doute doit profiter au suspect ; mais il sera nécessaire de prévenir le médecin du malade sous une forme interrogative.



Telles sont les variétés cliniques, les signes diagnostiques, les règles thérapeutiques des dermatoses simulées, exagérées ou entretenues.

Je répète à dessein que ces cas sont exceptionnels ; si je parais en avoir observé beaucoup, c'est que mon centre a réuni pendant près de trois ans tous les cas d'une vaste région et des évacuations des armées.

Je tiens aussi à souligner que ces faits n'intéressent pas seulement la pathologie de guerre ; on les rencontre encore en temps de paix, chez des accidentés du travail, les hystériques (pemphigus hystérique, voir p. 252) et chez tous ceux qui ont ou croient avoir intérêt à simuler.

INDEX ALPHABÉTIQUE¹

Acanthosis nigricans, 17, 36, 57, 68.

Acares, 7, 429.

Achorion, 620.

Achromies, 31, 61, **721**.

Acnés, 5, 9, **352**, 689.

— atrophique, 354.

— cadique, 671.

— chéloïdienne, 354.

— chronique, 353.

— comédon, 352.

— furunculose, 353.

— indurée, 353.

— lupoïde, 408.

— nécrotique, 354.

— phlegmoneuse, 353.

— pileaire cicatricielle, 354.

— polymorphe, 352.

— rosacée, 51, 354, **713**.

— surséborrhéique, 354.

— ulcéreuse, 354.

— varioliforme, 354.

Acnitis, 49, 566.

Acrémoniose, 602.

Acroasphyxie, 36, 53, 532.

Acrodermatites de Hallopeau, 392.

Acrosarcome, 68, **657**.

— télangiectode, 50, 657.

Actinomycoses, 6, 50, 604, **607**.

Adénomes sébacés, 54, 641, 735.

Affections cutanées en surfaces post-traumatiques, 818.

Affections cutanées simulées ou entretenues, 819.

Ainhum, 576.

Air chaud, 425, 807.

Albinisme, 61, 752.

Alimentaire (éruption), 686.

Alopécies, 742, **746**, 821.

Anéodermes, 727.

Angiokératome de Mibelli, 53, **552**.

Angiome, 17, 733.

Angionévrose, 37.

Anthrax, 5, **409**, **414**.

Antipyrine érythémato-bulleuse, 687.

Artificielles (dermatoses), **667**.

Asphyxie locale des extrémités, 53, 552.

Association fuso-spirillaire, 7, 425.

Asthme, 297.

Atrophie, 19, 32, 61, 62, 738.

Auto-intoxications, 10, 36, 296, 687.

— glandulaires, 297, 691.

— gravidique, 298.

Axonge, 118.

Badigeonnage, 89.

Bains, 85.

Balanoposthite, 821.

Blastomycoses, 7, 49, 506, 604.

Blennorrhagie, 383.

Bothryomycome, 55, **417**.

1. Les chiffres en caractères gras indiquent la page où se trouve le traitement.

- Boues radioactives, 805.
 Bouton d'Orient, 8, 56, 506.
 Bromhidrose, 718.
 Bromides, 52, 688.
 Brûlures, 250, 677.
 Bulle, 31.

 Caféisme, 66.
 Callosités, 707.
 Cancers, 17, 67, 650, 654.
 — mélanique, 68 et 648.
 Cancroïde vulgaire, 645.
 Canitie, 752.
 Caratés, 6, 632.
 Carcinome mélanique, 648.
 Cataplasmes, 83.
 Cautérisation, 89.
 Chancre mou, 68.
 Chancrelle, p. 6.
 Chancres, 821.
 Charbon, 5, 68, 483.
 Chéloïde, 32, 48, 417, 736, 814.
 Chevelure, 108.
 Cheveux, 108.
 — blancs, 752.
 — gras, 109.
 — secs, 109.
 Chloasma, 722.
 Cholémie, 297.
 Chromhidrose, 718.
 Cicatrices, 33, 61, 738.
 — fibreuses, 813.
 Cladioses, 7, 602.
 Clou de Biskra, 8, 56, 67, 506.
 Coccon, 329.
 Cold-creams, 119.
 Colles, 129.
 Collodions, 130.
 Comédon, 329.
 Complications cutanées des
 plaies, 799.
 Condylomes acuminés, 710.
 Contusifforme (dermatite), 470.
 Corne cutanée, 644.

 Cors, 32, 707.
 Corps gras, 117.
 Coup de lumière, 679.
 — de soleil, 36, 679.
 Couperose, 51, 701, 717.
 Crasse sénile, 641.
 Creeping eruption, 429.
 Crèmes, 80, 119.
 Crête de coq, 9, 710.
 Crevasses, 676.
 Croûtes, 33.
 Cryothérapie, 547.
 Cyanose, 36, 823.
 Cylindrome, 50, 647.
 Cysticerques, 67.

 Dartres, 5 et 364.
 Dégénérescence colloïde du
 derme, 54, 735.
 Dermate exfoliatrice, 18, 39,
 68, 156, 279, 320, 321, 326.
 — polymorphes douloureuses,
 herpétiforme, 18, 38, 46, 257,
 279.
 — prurigineuses, 47, 277.
 — pustuleuses, 46, 417.
 — pustuleuse chronique en
 foyers à progression excentri-
 que de Hallopeau, 392.
 Dermatologie de guerre, 755.
 Dermatomysie, 19, 51, 740.
 Dermatomyomes, 51.
 Dermatoses bulleuses, 47, 246.
 — bulleuses congénitales, 254.
 — congénitales, 54.
 — dues à des acariens, 7.
 — dues à des bactéries, 4.
 — dues à des insectes piqueurs,
 7.
 — dues à des irritations ex-
 ternes, 11.
 — dues à des parasites ani-
 maux, 8.
 — dues à des protozoaires, 7.

Dermatoses dues à des spirilles,

- 7.
 - d'origines glandulaires, 691.
 - d'origines nerveuses, 691.
 - érythémateuses et desquamantes, 316.
 - érythémato-squameuses à plaques multiples, 40.
 - érythémato-squameuses généralisées, 39.
 - exagérées, 820.
 - humides, 54.
 - hyperkératosiques, 54.
 - inesthétiques, 69, 698.
 - irritables, 151.
 - lichénoides, 44.
 - neurotrophiques, 14.
 - non-irritables, 241.
 - papuleuses ortiées, 37.
 - papuleuses et nodulaires, 47.
 - papulo-squameuses chroniques, 43.
 - parasitaires, 4.
 - par dépôt, 13.
 - par oblitérations vasculaires, 14.
 - prurigineuse, 47, 277.
 - rouges, 42, 317.
 - sèches, 54.
 - simulées, 820.
 - squameuses, 44.
 - suintantes, 54.
 - toxiques, 10.
 - végétantes, 54, 55.
 - verruqueuses, 54, 55.
 - vésiculeuses, 45.
- Dermatozooses superficielles, 426.
- Dermites artificielles, 36, 463.
- artificielles de causes externes, 667.
 - par agents physiques, 674.
 - pustuleuses, 46.

Dermoépidermites amiantacées, 772.

- bulleuses, 784.
 - du siège, 779, 793.
 - eczématiformes, 768, 788.
 - érosives, 768, 779.
 - érythémato-squameuses impétigineuses, 766, 779.
 - exulcéreuses, 765.
 - faciales, 780, 793.
 - humides, 768, 788.
 - irritables, 786.
 - microbiennes, 818, 819.
 - microbiennes, en particulier des plaies de guerre, 398 et 755.
 - pityriasiques, 771.
 - parcheminées, 774.
 - psoriasiformes, 772.
 - purulentes, 764, 785.
 - pustuleuses, 766, 785.
 - sèches squameuses, 774, 790.
 - suintantes, 768, 788.
 - suppurées, 784.
 - verruqueuse tuberculoïde, 775.
- Dermographisme, 37.
- Desquamation des fébricitants, des cachectiques et vieillards, 45.
- lamelleuse des nouveau-nés, 324.
- Diabète, 66, 297.
- Diabétides, 12, 68.
- Diagnostics dermatologiques, 27.
- Dieczématisation, 446.
- Diptérie, 6, 60, 68, 425, 467.
- Douche filiforme, 89.
- Durillons, 32, 707.
- Dyshidrose, 11, 45, 156, 248, 279.
- Dyskératose précancéreuse lenticulaire et en disques de Bowen, 641.
- Dyspepsies, 296.
- Dystrophies congénitales, 15.

- Ecthyma**, 5, 46, **249**.
 — cyanotique, 811.
 — gangreneux, 825.
 — purpurique, 812.
 — pustuleux, 392, **794**.
 — strepto-staphylococcique, 825.
 — térébrant, 394.
 — ulcéreux, 766, 767.
Eczéma, 15, 43, 45, 66, **152**, 248, 279, 377.
 — aigu, **156**, 159.
 — associé, 795.
 — des chirurgiens, 672.
 — chronique, 161.
 — généralisé, 157.
 — intercurrent, 795.
 — marginé de Hebra, 36.
 — nummulaire, 46.
 — papulo-vésiculeux, 46.
 — pur, 818.
 — séborrhéique, 5, 156, 347, 377.
 — scrofulosorum, 45, **566**.
 — vésiculo-papuleux, 46.
Eczématisations secondaires, 192.
Éléphantiasis, 8, 16, 32, 56, 58, **416**.
 — du scrotum, 823.
 — nostras, 5, 58.
Emplâtres caoutchoutés, 81, 101, 130.
Émulsion, 80, 116.
Endocardites, 466.
Enduits pseudo-membraneux, 60.
Engelures, 11, 52, 552, **674**.
Enveloppement caoutchouté, 89.
Éphélides, 722.
Éphidrose, 718.
Épidermites, 779, 780, 792,
 — microbiennes, 42, 43, 66, 377, **755**.
 — mycosiques, 65.
 — mycosiques des plaies cutanées, 36, 633.
Épidermite chronique, 398.
Épidermolyse bulleuse héréditaire traumatique, 254.
Épidermophyton inguinale, 633.
Épithélioma ulcus rodens, 647.
 — surtuberculeux, 541.
Épithéliomes, 46, 57, **644**, 813.
 — baso-cellulaires, 645.
 — cylindrome, 647.
 — diffus, 52.
 — naissant, 54.
 — à forme scléro-dermique, 649.
 — métastatique, 50, 650.
 — en nappe, 649.
 — naevo carcinomes, 648.
 — naevo cellulaires, 648.
 — pavimenteux lobulés à globes cornés, 644.
 — pavimenteux tubulés, 645.
 — perlé, 646.
 — plan cicatriciel, 646.
 — secondaires, 48.
 — spino-cellulaires, 644.
 — térébrant, 647.
Épithémies, 81, 130.
Éruptions anthracoides, 689.
 — bulleuses pemphigoides, 688.
 — érythémato-squameuses, 41.
 — herpétiformes zostériennes, 689.
 — kératosiques, 6.
 — médicamenteuses, 671.
 — papillomateuses, 688.
 — papulo-tuberculeuses, 688.
 — pemphigoides végétales, 688.
 — pustuleuses, 822.
 — prémycosiques, 661.
 — psoriasiformes surséborrhéiques, 41.
 — scarlatiniformes, 455.
 — sériques, 70.
 — sudorales, 156.
 — vésiculeuses, 822.

Érysipèle, 4, 5, 249, 459, **462**,
800, 801, 821.

Érythèmes, 4, 17, 35, 451, 821.

— bénins, 469.

— centrifuge, 541.

— chrysophanique, 70.

— contusifforme, 37, **470**.

— en cocarde, 470.

— diffus, 671.

— diutinus, 53.

— électriques, 722.

— graves, 468.

— induré de Bazin, 49, **559**.

— infectieux, 35.

— localisé, 36.

— mercuriel, 36.

— microbien, 36.

— nouveaux, 17, 37, 69, 470.

— papuleux, 37, 470.

— pellagroïde, 36.

— perstans, 53.

— polymorphes, 17, 37, 69, **469**.

— polymorphés bulleux, 253.

— polymorphe nouveaux, 48, 470.

— rubéoliforme, 35.

— scarlatiniforme, 35, 672.

— simple, 37.

— syphilitique, 37.

— toxique, 39.

Érythrasma, 6, 36, **634**.

Érythrodermies des nouveau-
nés, 325.

— exfoliantes, 18, 279.

— toxiques, 325.

Érythromélgie, 19.

Érythroïde simple, 712.

Escharres hystériques, 67.

— noires avec ou sans bulles,
827.

Étain, 410.

États éléphantiasiques, 57.

Exascoses, 7, **604**.

Excipients, 113.

Excoriation, 32.

Exérèse, 654.

Exulcération, 32, 825.

Farcin, 486.

Farcinose mutilante, 487.

Fausse gale, 434.

Favus, 6, **620**, 630, 821.

— alopécique, 622.

— érythémateux, 622.

— impétiginiforme, 622.

— pityriasiques, 622.

Fibrolipomes, 51.

Fibrome, 50.

Fibro-sarcomes, 50.

Fièvre aphteuse, 4, 249.

— éruptives, 4, 35, 39, **450**.

— éruptives hémorragiques, **38**.

— puerpérale, 466.

— typhoïde, 38, 466.

— zoster, 9, **274**.

Finsentherapie, 511.

Fissure, 32.

Folliculites, 5, 46, 56.

— suppurées, 402, 671.

— torpides, 407.

Formulaire, 136.

Framboesia, 8.

Friction, 89.

Froidures, 674.

Furuncle, 5, 46, 409, 689.

Gale, 66, 249, **428**, 823.

— fausses, 434.

— des cimentiers, 434.

— des épiciers, 434.

— larvées, 432.

Gangrènes, 5, 61, 421, 672, 690,
800.

— symétrique des extrémités, 14.

Gélatines, 129.

Gerçures, **676**.

Glossy-skin, 14.

Gommes, 8, 16, 33, 123.

- Gommès mycosiques, 49, **585**.
 — sporotrichosiques, 49, **592**.
 — syphilitiques, 49.
 — tuberculeuses, 49, **552**.
 Granulie, 38.
 Granulosis rubra nasi, 19, 43, **721**.
 Greffes épidermiques, 59, **807**.
 Grippe, 467.
- H**âle, 36.
 Héliothérapie, 419, **558**.
 Hématomyélie par explosion, 817.
 Hémiatrophie faciale, 62.
 Hémisporoses, 7, **602**.
 Hémophilie, 39, 69.
 Héredo-syphilis, 65, 256, 780.
 Herpès, 15, 47, 156, **268**.
 — circiné, 626.
 — crétacé, 541.
 — iris enjocarde, 253, **469**.
 — gestationis, 257.
 — prurigineux, 273.
 Hidradénome, 53, **735**.
 Hidrocystome, 45, 54, **734**.
 Hydroa, 253, 469.
 — vacciniiforme, 11, 67, **679**.
 Hygiène cutanée, 104, 699.
 Hyperchromies, 721.
 Hyperhidrose, 718.
 Hyperkératose congénitale, 44, 254.
 — ponctuée, 541.
 Hypertrichose, 750.
 Hypertrophie épidermique, 32.
 — dermique, 32.
 — dermique et hypodermique, 32.
 — de la seule couche cornée, 32.
- I**chthyose, 44, 55, **701**.
 — congénitale, 325.
- Immunkörper de Spengler, 534.
 Impétigos, 5, 46, 56, 249, **363**, **387**, 446.
 — de Bockhart, 402.
 — ecthyma bulleux, 391.
 — ecthyma ulcéreux, 393.
 — herpétiforme, 253.
 — miliaire, 45.
 — papuleux syphiloïde, 395.
 Infections cutanées générales, 399, 450.
 — aiguës, 800.
 — chroniques, 800.
 — en surface, 387.
 — hémorragipares, 476.
 — persistantes, 801.
 — pilo-sébacées, 352, 402.
 — septicémiques, 252.
 — subaiguës, 800.
 — staphylococciques, 352.
 — suppurée, 800.
 Intertrigo, 5, 6, 17, 36, 363, **399**.
 Intoxications alimentaires, 10, 36, 296, **686**.
 — médicamenteuses, 10, 36, 250, 296, **686**.
 — mercurielles, 36.
 Iodides, 52, 688.
 Irritations professionnelles, 662.
- K**ératite phlycténulaire, 402.
 Kératodermies palmo-plantaires, 706.
 Kératome palmo-plantaire, 55.
 Kératoses, 32.
 — blennorragiques, 56, 68.
 — palmo-plantaires, 44.
 — pileaire, 44, **703**.
 — pileaire faciale, **704**.
 — précancéreuse sénile, 646.
 Kérion, 55, **627**.
 Kérose, 44.
 Krauroris vulvæ, 642.

Kystes, 736.

— épidermique traumatique, 54.

— dermoïde, 50.

— hydatique, 298.

— sébacé, 50, 51, 53, 736.

Ladrière, 51.

Lait, 113.

Lavages, 81.

Leishmanioses, 8, 506, 539.

Lèpre, 5, 42, 48, 49, 50, 52, 61, 67, 255, 570.

— nerveuse, 582.

— nodulaire, 581.

Leucémides, 17, 52, 68.

Leucémies, 298, 666.

Leucodermie, 61.

Leucoplasies tuberculeuses, 540.

Lichens, 18, 30, 43, 57, 156, 305, 818.

— plans, 30, 248, 279.

— plan atrophique, 61.

— plan buccal, 315.

— plan obtusus, 48, 283.

— obtusus corné disséminé, 283.

— ruber acuminatus, 241.

— ruber moniliformis, 283.

— scrofulosorum, 43, 564.

— spinulosus, 43.

Lichénification, 30, 42, 291.

Lichénisation, 15, 30, 291, 293.

Liniment oléo-calcaire, 148.

Lipomes, 51.

Livedo, 52.

Lotion, 81, 100.

Lucites, 722.

Lupoïde, 47, 536.

Lupus, 498.

— engelure, 551.

— érythémateux, 42, 44, 52, 61, 541.

— érythémateux aigu, 69, 156, 545.

— pernio, 47, 52, 551.

Lupus syphilitiques, 505.

— vulgaire, 498.

Lymphadénome, 10, 17, 52, 659.

Lymphangiomes, 731.

Lymphangite, 5.

— gommeuse ascendante, 553.

Lymphosarcome, 658.

Macule, 29.

— érythémateuse, 30.

Main succulente, 53.

Maladie d'Addison, 691, 724.

— de Beurmann et Gougepot, 587.

— de Dühring, 69, 257.

— de Darier, 36, 44, 56, 492.

— de Paget, 46, 648.

— de Raynaud, 14, 53, 69.

Médicaments dermatologiques externes, 79.

Médications dermatologiques externes, 90.

Mélanique (cancer), 648.

Méningites, 38, 467.

Mentagre, 402.

Méthode Czerny-Trunczeck, 653.

— de Manec, 653.

— de Pfannenstill, 523.

Micro-points, 536.

Microspories, 6, 619.

Microsporon minutissimum, 634.

Miliaires, 156.

— pustuleuse, 46.

— rouge, 45.

Milium, 54, 734.

Molluscum contagiosum, 9, 54, 734.

— pendulum, 53, 730.

Morphées, 19, 694.

Morve, 5, 486.

Mousselines emplatrées, 130.

Mycétomes, 604.

Mycodermoses, 7, 602.

- Mycoses, 6, 48, 49, 55, 65, **585**, 812.
 — anciennes, 604.
 — nouvelles, 602.
 — profondes, 6.
 — de Busse-Buschke, 604.
 — de Gilchrist, 604.
 — rebelles, 611.
 Mycosis fongoïde, 10, 17, 42, 50,
 52, 66, 68, 156, 298, **661**.
 Myxœdème, 32.

 Nævi, 15, **730**.
 — verruqueux, 54, **730**.
 Nævus a pernion, 552.
 Néphrites, 297.
 Néoplasies, 33.
 — bénignes, 17.
 — malignes, 17.
 Neurofibromatose généralisée,
 51, **731**.
 Nocardoses, 6, **604**, 607.
 — dermiques, 53.
 — épidermiques, 53.
 — hypodermo-dermiques, 48.
 Nodosités inesthétiques, **734**.
 — rhumatismales, 49.
 — sous-cutanées, 48.
 Nodules d'enkystement, 48, 54.
 — lupique, 31, 47, **499**.
 Nouures, 689.

 Œdème de la glotte, 68.
 — éléphantiasiques, 814.
 — par insufflation, 823.
 — phlegmoneux, 4.
 Onction, 88.
 Ongle incarné, 400.
 Onychomycoses, 636.
 Orgelets, 402.
 Osmhidrose, 718.
 Ostéomyélites, 466.

 Paludisme, 8.
 Papillomes, 32, **709**.
 Papillomes génitaux, 9, 55, **740**.
 — vénériens de la langue, 68.
 Papule, **30**.
 — dermique, 30.
 — épidermique, 30.
 — infiltrée, 30.
 — ortiée, 30.
 — urticarienne œdémateuse, 30.
 — syphilitique, 821.
 Pansements humides, 82.
 Parakératoses, 19.
 Parapsoriasis, 18, 40, 41, 52, **235**.
 Pâtes, 80, 100, 118, 121.
 Pathomimie, 819.
 Peau grasse, 699.
 — glabre, 106.
 — irritable, 699.
 — normale, 107.
 — ridée, 700.
 — rouge, 700.
 — rugueuse, 699.
 — séborrhéique, 107.
 — sèche, 699.
 — trop sèche, 107.
 Pédiculoses, 66, **442**.
 — du corps, 442.
 — du cuir chevelu, 445.
 Pelades, 19, **742**.
 Pellagre, 19, 36, 42, **680**.
 Pemphigus, 18, 47, 67, 69, 156,
256, 279, 822.
 — aigus fébriles, 9.
 — chronique vrai, **262**.
 — congénital, 254.
 — épidémique, 249, 253.
 — fébrile grave, 253.
 — foliacés, **266**, 321.
 — hystériques, 67, 252.
 — végétant, 9, 265.
 Perlèche, 400.
 Phlegmon, 823.
 Phlyctène, 31.
 Phtiriase au pubis, 447.
 Pian, 8, 56

- Piédras, 6, **622**.
 Pieds de Madura, 50, **604**, 606.
 Pieds des tranchées, 674.
 Pigeonneau, 670.
 Pigmentations, 13, 31, 61, 690,
 721, 823.
 — solaires, 722.
 Pityriasis, 5.
 — faciei, 44, 156, **364**, 771.
 — rosé de Gibert, 9, 41, 156, **206**,
 377.
 — rubra disséminé, 41.
 — rubra grave de Hebra, 18,
 39, 69, 156, **321**, 325.
 — rubra microbien, 771.
 — rubra pileaire, 18, 42, 44, 69, 156.
 — rubra pilaris de Devergie,
 241.
 — rubra séborrhéique, 367.
 — simplex, 44.
 — simplex capitis, 9, 156, **368**.
 — stéatoïdes, 41, **374**.
 — stéatoïdes péripilaires, 43, **376**.
 — streptococciques, **364**.
 — surséborrhéiques, 42.
 — versicolor, 6, 631.
 Placards eczématiformes, 689.
 — érysipéloïdes, 689.
 Plaie traînante, 824.
 Plicque polonaise, 446.
 Pommades, 80, 101, 118, 126.
 Porokératose de Majocchi Mi-
 belli, 712.
 — ponctuée, 706.
 Poudrage, 88.
 Poudres, 80, 100, 116.
 Pourriture d'hôpital, 8 et 800.
 Précancéreuses (dermatoses),
 642.
 Prurigo, 15, 46, 156, **287**.
 — chronique, 69.
 — dit de Hébra, 294.
 — ferox, **288**.
 — fixe, 48.
 — Prurit, 11, 15, 156.
 — anal, 299.
 — avec lichénisation, 291.
 — chroniques, 293.
 — diathésiques, 296.
 — du gland, 300.
 — du scrotum, 300.
 — narinaire, 300.
 — palmo-plantaire, 300.
 — parasitaires, 296.
 — sans lésions, **289**.
 — vulvaire, 300.
 Psoriasis, 18, 40, 156, 212, 377.
 — post-traumatiques, 818.
 — punctata, 43, **214**.
 Psorospermose folliculaire vé-
 gétante, 17, 56, 492.
 Pulvérisation, 82.
 Purpura, 15, 17, 31, 38, 469, 476,
 690.
 — angioscléreux, 38.
 — bénins, 469.
 — fulminans, 39.
 — graves, 468.
 — hémorragique ou infectieux,
 39.
 — mécaniques, 38.
 — menstruel, 38.
 — orthostatique, 38, 470.
 — rhumatoïdes, 49.
 Pustule, 4, 31, 689.
 Pyodermites, 46, 56, 381.
 — croûteuses, 56.
 — humides, 56.
 — papuleuses érosives, 48.
 — phthiriasiques, 36.
 — sèches, 56.
 — végétante, 56, 417.
 — verruqueuses, 56.
 Pyohémies, 466.
 Radiodermes, 11, 70, 681.
 Réaction cutanée, 15, 163.
 — de défense, 25, 163.

Régimes alimentaires, 77.
 Rhagade, 32.
 Rhinophyma, 51, 713.
 Rhinosclérome, 5, 48, 67, 583.
 Roséoles, 35, 36, 457, 689.
 Rougeole, 4, 35, 38, 249, 456.
 — boutonneuse, 457.
 Rubéole, 35, 457.
 Rupia, 393, 823.

 Sarcoïdes, 47, 49, 69, 536, 558.
 Sarcomatoses cutanées, 10, 656.
 — dermiques, 52.
 — nævocarcinomes, 52.
 — pigmentaires, 52.
 Sarcomes, 17, 48, 50, 51, 656.
 — hypodermiques, 51.
 — hypodermique nodulaire, 658.
 — lymphangiomateux, 658.
 — nodulaire, 656.
 Savons, 133.
 Scarlatine, 4, 35, 38, 68, 454.
 Sclérodactylie, 62, 693.
 Sclérodermies, 19, 62, 69, 691, 692.
 — faciale, 62, 693.
 — généralisée oedémateuse, 62, 693.
 — en plaques, 61, 694.
 — symétrique des extrémités, 62, 693.
 Sclérose, 32.
 — cutanées, 61.
 Scorbut, 38.
 Scrofulide érythémato-squammeuse, 541.
 Séborrhée, 8, 15, 156, 328.
 — congestive, 541.
 Septicémies, 69, 466.
 Sérum de Marmorek, Vallée, Marigliano, 534.
 Signe d'Ausditz, 214.
 — de Nikolsky, 267.
 — d'Osler, 466.

Solutions, 80, 115.
 Sparadrap-emplâtre, 80, 130.
 Spirilloles, 7.
 Sporotrichoses, 7, 49, 63, 506, 587.
 — dermiques, 594.
 — épidermiques, 595.
 — extra-cutanées, 595.
 — localisée lymphangitique, 593.
 Squame, 32, 541.
 Staphylocoques, 5, 9.
 Streptocoques bulleux et suintants, 363.
 — sèches furfureuxes, 364, 397.
 Streptocoques, 5, 9.
 Strophulus, 30, 37, 156, 288.
 Sudamina, 45, 465.
 Suette miliaire, 457, 464.
 Suspension, 80, 115.
 Sycosis, 5, 46, 56, 403, 822.
 — lupoides, 408, 506.
 — nodulaire, 627.
 — parasitaires, 626.
 Syphilides, 52.
 — acnéiformes, 43, 355.
 — eczématiformes, 45.
 — leucomélanodermiques, 61.
 — lichénoïdes, 43.
 — secondaires, 55, 821.
 — papuleuses, 47.
 — psoriasiformes, 40, 220.
 — tertiaires verruqueuses, 55.
 — varioliformes, 460.
 Syphilis, 7, 65, 67, 256.
 — post-traumatiques, 809.
 Syphiloïdes postérosives, 780.
 Syringomyélique, 14.

Tabes, 38, 66, 68.
 Taches bleues, 448.
 — vasculaires, 30.
 Tatouages, 741.
 Teignes, 6, 65, 368, 617.
 — amiantacée, 367.

Teignes du cuir chevelu, 619.
 — de la barbe, 626.
 — palmo-plantaires, 632.
 — de la peau glabre, 629.
 Teinture de cheveux, 672, 752.
 Télangiectasie, 61, 713.
 Têkelau, 6, 632.
 Tophi des goutteux, 13.
 Topiques, 91.
 Toxicodermies, 57, 67, 460, 684.
 — de causes internes, 684.
 Trichophyties, 6, 36, 46, 55, 619.
 — dyshidrosiforme, 638.
 Trichophytie impétiginoïde, 626.
 — sèche, 626.
 — serpigneuse polycircinée, 630.
 Trichophytions, 633.
 Trichoptilose, 743.
 Trichorrexia, 743.
 Troubles trophiques, 816.
 Trypanosomiasis, 8.
 Tubercules, 30.
 — syphilitique, 31.
 Tuberculidies hypodermiques, 49, 558.
 — nodulaires et papuleuses, 47.
 — péripilaires, 43.
 Tuberculine, 534.
 Tuberculose, 5, 47, 65, 256, 471, 495, 812.
 — à petits nodules dermiques, 564.
 — atypiques, 355.
 — crustacée de Gaucher, 554.
 — cutanées, 322, 495.
 — fongueuse de Riehl, 55, 554, note 1.
 — gommeuse, 552.
 — pustulo-ulcéreuse, 554.
 — miliaire ulcéreuse aiguë, 562.
 — papulo-nécrotiques et papulo-pustuleuses, 566.

Tuberculoses sarcoïdes, 536.
 — sarcoïde sous-cutanée, 558.
 — sarcoïde caséeuse, 558.
 — sous-cutanées, 552.
 — végétantes, 537.
 — verruqueuses, 55, 537.
 Tubérosité, 30.
 Tumeurs, 33, 640, 663, 823.
 — malignes, 640.
 Typhus angéo-hématique, 39.
 — exanthématique, 68, 464.
 Ulcération, 31, 59, 67, 794, 803, 823, 824, 825.
 — couenneuse, 828.
 — creuses à fond noir, 827.
 — dermique, 826.
 — du dos du pied, 826.
 — gommeuse, 826.
 — circinée, 826.
 — neutrotopique, 817.
 Ulcérations syphilitiques, 811.
 Ulcère, 32, 417, 823.
 — chronique, 60.
 — de jambe, 559.
 — néoplasiques, 60.
 — neurotrophiques, 60.
 — trophiques, 803.
 — tuberculeux primitif, 554.
 — variqueux, 16, 803.
 Ulérythème sycosique, 408.
 Urticaire, 11, 15, 37, 249, 284, 305, 823.
 — géante, 49, 286, 463.
 — hydatique, 67, 298.
 — pigmentaire, 37, 285.
 — porcelainée, 37.
 Vaccine, 460.
 Vaccinothérapie, 7, 414.
 Varicella gangrenosa, 422.
 Varicelle, 249, 461, 480.
 Variole, 4, 38, 68, 249, 458, 479.
 — hémorragique, 459.

-
- Vaseline, 126.
Végétations, 32, 417, **740**, 794.
— génitales, 710.
Vergétures, 738.
Vernis, 128.
Verrucome, 6, 32.
Verrues, 9, 32, 55, **709**.
— planes, 55.
— planes juvéniles, 711.
— planes surséborrhéiques, 55, 711.
Verrues séniles, 711.
- Vésicule, 4, 31, 46.
Vitiligo, 19, 61, **724**.
Vitropression, 29, 498.
- Xanthelasma**, 51, **740**.
Xanthome, 33, 51, **740**.
— par dépôt de cholestérine, 13.
Xéroderma pigmentosum, 11, 17, 711, **731**, 732.
- Yaws, 8.
- Zona**, 9, 47, 274, 823.
-

TABLE ANALYTIQUE DES FIGURES

Acanthosis nigricans, 492.
Acné chéloïdienne, 354.
 — chlorique du thorax, 686.
 — dépilante, 356.
 — hypertrophique, 356.
 — pileuse, 356.
 — ponctuée, 352.
 — pustuleuse, 352.
Acrosarcometélangiectode, 656.
Actinomycose diffuse, 608.
Adénome sébacé, 646.
Angiokératome de Mibelli, 560.
Atrophie cutanée, 694.

Bothryomycome, 416.
Boutons des pays chauds, 582.

Cancer mélanique, 648.
Cancroïde de la verge, 646.
Chancre verruqueux sporotrichosique, 594.
Chéloïde, 416.
Cicatrice de plaie de guerre, lichénisée, 836.
Clous de Biskra, 582.
Culture de Sporotrichum Beurmann, 592.

Dermatose végétante et suppurée, 604.
Dermo épidermite microbienne,

strepto-staphylococcique érythémateuse :
 a) érosive, exulcéreuse, 766.
 b) pustuleuse, 768.
 c) squameuse, 772, 774.
 d) squameuse tachetée d'ecthyma bulleux, ulcéreux, 768.
 e) squameuse et ulcéreuse, 768.
 f) vésiculeuse, érosive, exulcéreuse, 766.
 exotique, 778.
 polymorphe, érythémato, squameuse :
 a) érosive, suintante, eczématiforme, 776.
 b) érosive, vésiculeuse, suintante, 776.
 c) à bords circinés, 776.
 psoriasiforme, 772, 774.
 verruqueuse, 774.

Ecthyma et rupia, 394.
 — térébrant infantile, 394.
Eczéma aigu vésiculeux, 158.
 — chronique squameux, 160.
 — corné palmaire, 160.
 — craquelé, 158.
 — nummulaire, 158.
Éléphantiasis, 416.
Épidermite streptococcique, 394.

- Épithélioma à forme sclérodermique, 644.
 Épithéliomatose en points, 646.
 Épithéliome plan cicatriciel, 646.
 — ulcéreux, 644.
 Éruption eczématiforme, mycosis fongoïde, 664.
 — urticarienne, mycosis fongoïde, 664.
 Érythème chrysophanique, 246.
 — induré de Bazin, 560.
 — noueux, 460.
 — polymorphe, 460, 470.
 Érythrasma, 632.
 Favus circiné, 626.
 — généralisé, 620.
 Folliculite décolorante, 356.
 Gale de la face, 432.
 — du mamelon, 432.
 — polymorphe, 430.
 — de la verge, 432.
 Gangrène hystérique des seins, 420.
 Gommages dermiques, 554.
 — tuberculeuse, 486.
 Herpès de la langue, 269.
 — de la verge, 269.
 Hidradénome éruptif, 734.
 Hidrocystome, 734.
 Ichthyose, 702.
 Impetigo facial, 352.
 Iodisme, 688.
 Kératoses blennorragiques, 420.
 Kérion trichophytique, 620.
 Lèpre maculeuse, 576.
 — maculeuse pigmentée, 574.
 — tuberculeuse, 572.
 Lépromes hypertrophiques, 572.
 — en nappe, 576.
 Lépromes papuleux, 574.
 — tuberculeux, 574.
 Lichen plan, 280.
 — acuminé, 282.
 — aigu, 282.
 — plantaire, 282.
 — corné, 284.
 — scrofulosorum, 564.
 — verruqueux, 280.
 Lupus diffus, 498.
 — érythémateux, 542, 544.
 — des gencives, 538.
 — pernio, 552.
 — tuberculeux, 498, 500.
 — vulgaire, 500.
 Lymphadénome, 658.
 — diffus, 658.
 — nodulaire, 658.
 Lymphangite tuberculeuse, 554.
 Lymphosarcome, 658.
 Maladie de Darier, 492.
 — de Duhring, 258.
 — de Paget, 644.
 — de Recklinghausen, 656.
 Microsporidie, 618.
 Miliun rétro-auriculaire, 734.
 Molluscum contagiosum, 734.
 Morve mutilante, 486.
 Mycose nouvelle proche des « Blastomycoses », 604.
 Mycosis fongoïde, 662, 664.
 Neurofibromatose, 656.
 Nævus de la langue, 730.
 — veineux, 730.
 — verruqueux, 730.
 Onychomycose, 630.
 Pemphigus chronique, 262.
 — foliacé, 262.
 Phtiriasis du corps, 430.
 Piqûre venimeuse (araignée), 836.

Pityriasis et eczéma (mélange de), 354.

— marginé, 632.

— rosé de Gibert, 470.

— rubra pileaire, 242.

— sporotrichosique, 598.

— versicolor, 632.

— stéatoïde médiathoracique, 352.

Plaque de lichénisation, 286.

Porokératose, 702.

— de Mibelli, 702.

Prurigo, 286.

Psoriasis circiné, 214.

— du gros orteil, 216.

— nummulaire, 214.

— des ongles, 216.

— palmaire, 216.

— rouge surséborrhéique, 214.

Psorospermosse folliculaire, 490.

Pustule charbonneuse, 582.

Pustules vaccinales, 460.

Radiodermites, 682.

Rhinophyma, 356.

Rhinosclérome, 582.

Rupia et ecthyma, 394.

Sarcomatose cutanée, 656.

Sarcome cutané, 656.

Sclérodermie, 694.

Sporotrichose dermique, 598.

— épidermique, 598.

— gommeuse, 592.

— gommeuse dermique ulcéro-croûteuse, 594.

— verruqueuse, 596.

Strophulus, 284.

Sycosis trichophytique, 626.

Syphilis circinée ulcéreuse, 808.

— post-opératoire ulcéreuse, 808.

— post-traumatique, 808.

Teigne, 618.

— du pli inguino-scrotal, 632.

Toxicodermie, 686, 688.

Trichophytie, 618.

— de la barbe, 626.

— circiné, 630.

— du pied, 630.

Tuberculides papulo-nécrotiques, 564.

— papulo-pustuleuses, 560.

Tuberculose éléphantiasique, 554.

— miliaire, 486.

— végétante, 538.

— verruqueuse, 538.

Ulcère de jambe, 416, 826.

— syphiloïde de la main, 824.

— syphiloïde du dos du pied, 824.

Ulcération du bras droit avec débris bulleux, 826.

— papulo membraneuse du dos du pied, 824.

— papuleuse et pseudo-membraneuse du bras droit, 824.

— profonde, suppurante, puis végétante, 826.

— végétante et pseudo-membraneuse, 824.

Urticaire circinée, 284.

— oedémateuse, 284.

— pigmentée, 284.

Végétations génitales, 710.

Verrues, 710.

Xanthome, 710.

Xéroderma pigmentosum, 648.

Zona ophtalmique, 274.

— thoracique, 274.

TABLE SYSTÉMATIQUE DES MATIÈRES

	Pages
PRÉFACE.	vii

PREMIÈRE PARTIE

VUE D'ENSEMBLE

CHAPITRE PREMIER :

Classement des faits. ^{art.} _{III}	3
1. DERMATOSES DUES A DES CAUSES CONNUES.	3
1 ^{er} groupe : Dermatoses parasitaires.	4
A. Dermatoses dues à des bactéries connues ou inconnues.	4
B. Dermatoses dues aux champignons.	6
C. Dermatoses dues à des acariens et insectes piqueurs.	7
D. Dermatoses dues à des protozoaires et spirilles.	7
E. Dermatoses dues à des parasites animaux.	8
F. Dermatoses d'étiologie parasitaire encore dis- cutée	8
2 ^e groupe : Dermatoses toxiques	10
3 ^e groupe : Dermatoses dues à des irritations externes.	11

	Pages.
2. DERMATOSES DE CAUSES PLUS OU MOINS CERTAINES, MAIS COMPLEXES	13
Dermatoses par dépôt	13
Dermatoses neurotrophiques	14
Dermatoses par oblitérations vasculaires.	14
Dystrophies congénitales.	15
3. SYNDROMES DUS A UNE MANIÈRE D'ÊTRE DU TÉGUMENT . . .	15
4. LÉSIONS RELEVANT DE CAUSES DIVERSES	16
5. L'INCONNU	17

CHAPITRE II

Principes généraux comportant des conséquences pratiques.	20
I. Distinction des maladies (causes), des affections ou syndromes (effets).	20
II. Importance des terrains acquis ou héréditaires . . .	22
III. Dermatoses réactions de défense.	25
IV. Nécessité de rechercher et de traiter toutes les causes.	25
V. Prédispositions locales	25
VI. Fréquence des étiologies complexes	26
VII. Dermatoses mixtes complexes associées.	26
VIII. Dermatoses formes de transitions.	26

CHAPITRE III

Examen des malades. Les diagnostics dermatologiques. .	27
Méthodes d'examen.	28
Marche du diagnostic.	29
Analyses des lésions	29
Synthèses des données fournies par l'analyse	34
Discussion du diagnostic	34
Flore dermatologique.	35
Enquête complémentaire sur le terrain cutané et les prédispositions tégumentaires.	62
Les erreurs graves de diagnostic	64

CHAPITRE IV

	Pages.
Éléments du pronostic	71

CHAPITRE V

Règles générales du traitement.	74
I. Traitement général	75
II. Traitements externes	79
Règles du traitement externe.	99
III. Hygiène générale et cutanée à la convalescence et après la guérison.	104

CHAPITRE VI

Manière de formuler les médicaments dermatologiques externes	110
I. Les excipients	113
II. Les corps actifs.	135
Tableau formulaire et posologie	136

DEUXIÈME PARTIE

LES PROBLÈMES DE DERMATOLOGIE PRATIQUE

CHAPITRE PREMIER

Dermatoses irritables et eczéma	151
I. Reconnaître l'eczéma	154
II. Erreurs de diagnostic	155
III. Préciser la forme clinique et surtout le stade évolutif.	158

	Pages
IV. Établir la pathogénie et l'étiologie.	163
V. Traitement général et local.	169
VI. Pronostic.	205
Pitriasis rosé de Gibert.	206

CHAPITRE II

Dermatoses non irritables	211
Importance du diagnostic.	211
Psoriasis	212
Caractère, formes, étiologie.	213 218
Traitement.	221
Pityriasis rubra pilaire	241

CHAPITRE III

Dermatoses bulleuses	246
Règle de conduite générale	246
Diagnostic symptomatique	247
Diagnostic étiologique et traitement	248
I. DERMATOSES BULLEUSES DE CAUSES CONNUES.	248
1° Affections bien classées compliquées de bulles	248
2° Intoxications médicamenteuses.	250
3° Brûlures. Pemphigus hystérique	250
4° Infections septicémiques. Pemphigus fébriles graves, impétigo herpétiforme, pemphigus épidémiques, érythèmes polymorphes bulleux.	252
5° Dermatoses bulleuses congénitales	254
6° Troubles neurotrophiques compliquant une myélite, névrite, etc., surtout la lèpre	255
7° Infections chroniques : Lèpre, syphilis, tuberculose.	255
II. DERMATOSES BULLEUSES DE CAUSES INCONNUES	256
1° Dermatitis polymorphes douloureuses aiguës, sub- aiguës et chroniques, maladie de Duhring, herpès gestationis.	257

	Pages.
2° Pemphigus chroniques	262
3° Pemphigus végétants	265
4° Pemphigus foliacé	266
5° Herpès	268
6° Zona	274

CHAPITRE IV

Dermatoses prurigineuses	277
Règle de conduite générale	278
I. Diagnostic nosologique	278
Eczéma. Pemphigus. Érythrodermies	279
Lichens plans	279
Urticaires	284
Prurigos	287
Strophulus	288
Prurit sans lésions ou avec lésions tardives	289
Complications	290
Prurits chroniques ou récidivants	293
II. Diagnostic étiologique et pathogénique	295
Prurits parasitaires	296
Intoxications alimentaires et médicamenteuses	296
Auto-intoxications	296
Leucémies et mycosis fongoïdes	298
Kystes hydatiques	298
Troubles nerveux	298
Prédispositions	299
Causes locales	299
Défauts d'hygiène cutanée	300
Association et sommation des causes prurigènes	301
III. Traitement général	301
IV. Traitement externe	306

CHAPITRE V

Dermatoses érythémateuses et desquamantes généralisées	316
I. Diagnostic symptomatique	31

	Pages.
II. Diagnostic nosologique et pronostique	317
Dermatite exfoliatrice et pityriasis rubra grave	320
III. Traitement.	323
Addendum : Érythrodermies des nouveau-nés et des nourrissons	325

CHAPITRE VI

Séborrhée et dermatoses associées.	327
I. Séborrhée de la face et du cuir chevelu	328
II. Dermatoses associées ou compliquant la séborrhée. .	347
1° Infections pilo-sébacées, staphylococciques, acnés.	352
2° Infections streptococciques en surface.	363
3° Pityriasis simplex capitis	368
4° Pityriasis stéatoides.	374
5° Eczémas, pityriasis rosé, psoriasis et éruptions indéterminées sur-séborrhéiques.	377

CHAPITRE VII

Pyodermites	381
Indications thérapeutiques générales	384
Erreurs de diagnostic à éviter	386
Infection en surface.	387
Impetigo vulgaire.	387
Impetigo-ecthyma bulleux et pustuleux	392
Impetigo-ecthyma ulcéreux ou rupia	393
Impetigo papuleux syphiloïde.	395
Streptococcie sèche du visage.	397
Épidermite chronique streptococcique et épidermite dif- fuse	398
Infections des plis cutanés. Intertrigo	399
Perlèche	400
Kératite phlycténulaire et orgelets.	401

	Pages.
Infections des glandes pilo-sébacées.	402
Folliculites suppurées pustuleuses.	402
Folliculites pustuleuses orificielles.	402
Folliculites pustuleuses profondes. Sycosis.	403
Folliculites décalvantes.	407
Sycosis lupoïde.	408
Furoncles et anthrax.	409
Complications des pyodermites.	416
Traitement préventif et de sûreté des pyodermites. . . .	418

CHAPITRE VIII

Gangrènes cutanées	421
------------------------------	-----

CHAPITRE IX

Dermatozooses superficielles.	426
Diverses dermatozooses superficielles.	426
Gale	429
Pédiculose du corps.	442
Pédiculose du cuir chevelu.	445
Phtiriase du pubis	447

CHAPITRE X

Infections cutanées générales	450
La notion d'infection généralisée et de contagiosité domine le problème thérapeutique.	450
Diagnostic du type éruptif.	451
Diagnostic étiologique des fièvres éruptives contagieuses.	454
Scarlatine	454
Rougeole.	456
Rubéole	457
Varirole.	45

	Pages.
Vaccine.	460
Varicelle	461
Érysipèle.	462
Suette miliaire	464
Typhus exanthématique.	464
Diagnostic des grandes infections masquées par une éruption.	465
Diagnostic des infections d'origine inconnue ou discutée	468
Érythèmes et purpuras mortels	468
Infections bénignes	469
Érythèmes polymorphes, herpès-iris, hydroa, érythèmes noueux, purpuras	469
Traitements.	472
Traitements spéciaux	479
Variole.	479
Varicelle	480

CHAPITRE XI

Charbon	483
-------------------	-----

CHAPITRE XII

Morve	486
-----------------	-----

CHAPITRE XIII

Maladie de Darier, psorospermose folliculaire végétante	492
---	-----

CHAPITRE XIV

Tuberculoses cutanées	495
I. Les Lupus	498
Importance du diagnostic précoce	499
Discussion des erreurs de diagnostic	505

	Pages.
Nécessité d'un traitement immédiat et prolongé . .	508
Nécessité de préciser la pathogénie pour conduire le traitement	508
Choix d'un traitement local adapté à chaque cas. Utilité des alliances thérapeutiques	510
Inconvénients des mauvais traitements pour les traitements ultérieurs et pour la beauté de la cicatrice	528
Importance d'un traitement général interne pro- longé.	529
Longueur et difficultés du traitement	535
II. Tuberculoses sous-cutanées	552
Gommes tuberculeuses hypodermiques.	552
Lymphangite	553
Gommes dermiques.	554
Tuberculoses sarcoïdes	558
Ulcères de jambes tuberculeux.	559
Érythème induré de Bazin.	559
III. Tuberculose miliaire ulcéreuse aiguë	562
IV. Tuberculose à petits nodules dermiques.	564
Lichen scrofulosorum.	564
Tuberculides papulo-nécrotiques et papulo-pustu- leuses.	566
Formes voisines.	568
Polymorphisme des tuberculoses cutanées.	568
Tuberculose cutanée, symptôme avertisseur	569

CHAPITRE XV

Lèpre	570
Formes cliniques et diagnostics	573
Traitement	577

CHAPITRE XVI

Rhinosclérome	583
-------------------------	-----

CHAPITRE XVII

	Pages.
Mycoses	585
Fréquence et importance pratique, pronostique et thérapeutique	586
Sporotrichoses	587
Nouvelles mycoses	602
Mycoses anciennes	604
Traitement des mycoses rebelles.	611
Critique du diagnostic et règles générales de conduite . .	615

CHAPITRE XVIII

Teignes.	617
Teignes du cuir chevelu	619
Teignes de la barbe.	626
Teignes de la peau glabre	629
Teignes palmo-plantaires	632
Épidermites mycosiques des plis cutanés et articulaires. .	633
Onychomycoses.	636
Résumé clinique, diagnostique, thérapeutique et prophylactique.	638

CHAPITRE XIX

Tumeurs malignes	640
Règles générales de traitement, de surveillance des malades et de prophylaxie.	640
Épithéliomas	644
Sarcomes.	656
Mycosis fongoides.	661

CHAPITRE XX

Dermites artificielles de causes externes.	667
Dermites par agents divers, surtout chimiques.	670
Dermites par agents physiques	674

CHAPITRE XXI

	Pages.
Toxicodermies de cause interne	684
Éruptions non caractéristiques.	686
Éruptions caractéristiques.	687

CHAPITRE XXII

Dermatoses d'origine nerveuse ou glandulaire.	
Sclérodermies	619

CHAPITRE XXIII

Dermatoses inesthétiques	698
Hygiène cutanée.	699
Troubles de la couche cornée ichthyose, etc.	701
Érythrose. Rosacée ou couperose. Télangiectasies	712
Hyperhidrose	718
Granulosis rubra nasi.	721
Troubles de la pigmentation.	721
Nævi	730
Nodosités.	734
Chéloïdes.	736
Cicatrices et atrophies cutanées	738
Xanthomes.	740
Tatouages	741
Alopécies.	742
Pelade	745
Hypertrichose	750
Canitie	752

CHAPITRE XXIV

Dermatologie de guerre	755
Dermoépidermites microbiennes	756

	Pages.
Étiologie et pathogénie	759
Formes cliniques et diagnostic : Polymorphisme lésionnel, aspect général	761
Formes suppurées	764
Formes érosives suintantes, eczématiformes « humides »	768
Formes sèches squameuses	771
Formes polymorphes	777
Formes infantiles	779
Évolution et pronostic	781
Traitement	782
Importance pratique pronostique et thérapeutique des épidermites microbiennes	796

CHAPITRE XXV

Dermatologie de guerre	799
Complications cutanées des plaies	799
Infections aiguës immédiates	800
Infections subaiguës et chroniques	801
Infections persistantes subaiguës	801
Ulcérations chroniques torpides	803
Syphilis post-traumatiques	809
Mycoses-tuberculoses	812
Epitholémie	813
Cicatrices fibreuses	813
Chéloïde	814
Œdèmes éléphantiasiques	814
Troubles trophiques	816
Affections cutanées en surface post-traumatiques	818
Affections cutanées simulées ou entretenues : pathomimie	819

CHAPITRE XXVI

Dermatologie de guerre	820
Dermatoses exagérées ou simulées	820
Formes cliniques	821

TABLE SYSTÉMATIQUE DES MATIÈRES 865

	Pages.
Plaies trainantes	824
Ecthyma et ses variétés. „	825
Types syphiloïdes et tuberculoïdes	826
Escharres noires	827
Ulcérations couenneuses	828
Diagnostic de la simulation. „	830
Traitement	833



27.A.333.

La dermatologie en clientèle; 11919

Countway Library

BEX0863



3 2044 046 102 034

27.A.333.

La dermatologie en clientele; 11919

Countway Library

BEX0863



3 2044 046 102 034